

***Die Darstellung und Analyse von Erkrankungen in  
medizinischen Fernsehserien (House, Scrubs, ER)  
unter besonderer Betrachtung von  
Nierenerkrankungen***

---

**Dissertation**

Zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

Klinik für Innere Medizin III (Direktor Prof. Dr. Gunter Wolf, MHBA)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät

der Friedrich-Schiller-Universität Jena

**von Lisa Leucht**

**Geboren am 14.11.1987 in Oelsnitz/V.**

### **Gutachter**

- 1.**
- 2.**
- 3.**

**Tag der öffentlichen Verteidigung:**

## **Meiner Familie**

## Abkürzungsverzeichnis

- CA	- Karzinom (z.B. Lungen-CA)
(Dr.)	Dokortitel steht in Klammern, wenn eine TV-Figur diesen erst im Verlauf einer Serie erwirbt
AB	Antibiotikum
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALS	amyotrophe Lateralsklerose
ANV	Akutes Nierenversagen
art.	arteriell
BRCA	Brustkrebsgen ( <u>B</u> Reast <u>C</u> Ancer)
CA	Chefarzt
CNV	Chronisches Nierenversagen
CT	Computertomographie
DIC	disseminierte intravasale Koagulopathie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECMO	extrakorporale Membranoxygenierung
EKG	Elektrokardiogramm
<i>ER</i>	Originaltitel der Serie <i>Emergency Room</i> (USA), deutscher Titel: Emergency Room - Die Notaufnahme
H.	Dr. Gregory House (in Tabellen)
<i>House</i>	Originaltitel der TV-Serie (USA) ab Staffel 2, deutscher Titel: Dr. House
HPV	Humanes Papillomavirus
HRST	Herzrhythmusstörungen



HTx	Herztransplantation
HVL	Hypophysenvorderlappen
HWI	Harnwegsinfekt
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Classification of Diseases
J.D.	(Dr.) John Dorian, eine Hauptfigur der Serie <i>Scrubs</i>
KHK	koronare Herzkrankheit
KM	Kontrastmittel
LKS	Lymphknotenschwellung
LTx	Lebertransplantation
MRT	Magnetresonanztomographie
MTA	medizinisch-technische(r) Assistent(in)
MTS	Metastasen
n.n.b.	nicht näher bezeichnet
NTx	Nierentransplantation
NW	Nebenwirkung
OP	Operation
OTC	Ornithintranscarbamylase
p.o.	postoperativ
Pat.	Patient(in)
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
RM	Rückenmark
SAB	Subarachnoidalblutung
<i>Scrubs</i>	Originaltitel der TV-Serie (USA), deutscher Titel: <i>Scrubs - Die Anfänger</i>

Sectio	Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SLE	systemischer Lupus erythematoses
SS	Schwangerschaft
SSPE	Subakute sklerosierende Panenzephalitis
T 1 bis T 9	Bezeichnung der neun durchgeführten statistischen Testreihen
TBC	Tuberkulose
TIA	transiente ischämische Attacke
traumat.	traumatisch
TV	Television
V.a.	Verdacht auf
vs.	versus
ZNA	Zentrale Notaufnahme
I-1	Staffel 1 – Episode 1; Beispiel für Kennzeichnung der Episoden einer Serie

## Tabellen – und Abbildungsverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Einteilung der Erkrankungen nach Hauptkategorien .....	15
<b>Tabelle 2:</b> Subklassifikation der Diagnosekategorie 4.....	19
<b>Tabelle 3:</b> Komplette Aufschlüsselung der TV-Ärzte mit eigenen Erkrankungen .....	59
<b>Tabelle 4:</b> P-Werte** zum Verhältnis der Krankheitsgruppen – interserieller Vergleich.....	62
<b>Tabelle 5:</b> Absolutes vs. erwartetes Auftreten der einzelnen Krankheitsgruppen.....	64
<b>Tabelle 6:</b> P-Werte** Nachweis der Unterschiede in beobachteten vs. erwarteten Häufigkeiten .....	66
<b>Tabelle 7:</b> P-Werte** Nachweis der Unterschiede im Auftreten einzelner Nierendiagnosen (T 7).....	69
<b>Tabelle 8:</b> P-Werte** Nachweis der Unterschiede in Anwendung der Therapieformen (T 9) .....	71
<b>Abbildung 1:</b> Säulen der Serienanalyse.....	8
<b>Abbildung 2:</b> Unterpunkte der dramaturgischen Analyse .....	11
<b>Abbildung 3:</b> Struktur der Arzttrollenanalyse .....	12
<b>Abbildung 4:</b> Definierte Kriterien für die Erfassung der Diagnosen .....	14
<b>Abbildung 5:</b> Langzeiteffekte.....	23
<b>Abbildung 6:</b> Zusammenhänge der Fernsehanalyse.....	24
<b>Abbildung 7:</b> Diagnoseverteilung <i>House</i> .....	60
<b>Abbildung 8:</b> Diagnoseverteilung <i>Scrubs</i> .....	61
<b>Abbildung 9:</b> Diagnoseverteilung <i>ER</i> .....	61
<b>Abbildung 10:</b> Arten der Nierenerkrankung - <i>House</i> .....	67
<b>Abbildung 11:</b> Arten der Nierenerkrankung - <i>Scrubs</i> .....	67
<b>Abbildung 12:</b> Arten der Nierenerkrankung - <i>ER</i> .....	68
<b>Abbildung 13:</b> Arten der Therapie bei Nierenerkrankung - <i>House</i> .....	69
<b>Abbildung 14:</b> Arten der Therapie bei Nierenerkrankung - <i>Scrubs</i> .....	70
<b>Abbildung 15:</b> Arten der Therapie bei Nierenerkrankung - <i>ER</i> .....	70

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>ZIELE DER ARBEIT .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Medienwissenschaftliche und serienanalytische Grundlagen .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Erfassung der Krankheitshäufigkeiten im Serienvergleich (quantitative Analyse).....</b>	<b>7</b>
<b>3.3</b>	<b>Darstellung von Nierenerkrankungen in den gewählten Fernsehserien .....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Auswahl der Serien .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Untersuchungsmaterialien.....</b>	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>Analyse der Dramaturgie und Arztrolle im Serienvergleich.....</b>	<b>9</b>
<b>4.4</b>	<b>Erfassung der Krankheitshäufigkeiten .....</b>	<b>13</b>
<b>4.5</b>	<b>Vergleich der Häufigkeiten der einzelnen Serien untereinander .....</b>	<b>15</b>
<b>4.6</b>	<b>Vergleich der Häufigkeiten mit realen Daten der amerikanischen Bevölkerung.....</b>	<b>17</b>
<b>4.7</b>	<b>Analyse der Nierenerkrankungen.....</b>	<b>19</b>
<b>4.8</b>	<b>Hypothesen.....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>21</b>
<b>5.1</b>	<b>Medienwissenschaftliche und serienanalytische Grundlagen .....</b>	<b>21</b>
5.1.1	Medien- und kommunikationswissenschaftlicher Ansatz bzgl. des Einflusspotentials von Fernsehsendungen .....	21
5.1.2	Fernsehanalytische Grundlagen mit Bedeutung für die Arbeit .....	24
<b>5.2</b>	<b>Bedeutung medizinischer Fernsehserien für das Arztbild der Zuschauer.....</b>	<b>25</b>
5.2.1	Arztimage im Fernsehen.....	25
5.2.2	Die Auswirkungen verzerrter TV-Arztbilder auf den Zuschauer.....	26
<b>5.3</b>	<b>Analyse und Vergleich dreier Arztfiguren der gewählten Fernsehserien.....</b>	<b>28</b>
5.3.1	Dr. Gregory House .....	28
5.3.1.1	Allgemeines zu Dr. House.....	28
5.3.1.2	Berufliche Identität.....	29
5.3.1.3	Dramaturgische Umsetzung der Rollenfigur Dr. House.....	31
5.3.1.4	Gesamtbild und Schlussfolgerung .....	32
5.3.2	Dr. Mark Greene.....	34
5.3.2.1	Allgemeines zu Dr. Greene .....	34

5.3.2.2	Berufliche Identität.....	35
5.3.2.3	Dramaturgische Umsetzung der Rollenfigur Dr. Greene .....	36
5.3.2.4	Gesamtbild und Schlussfolgerung .....	37
5.3.3	Dr. Percival Cox .....	38
5.3.3.1	Allgemeines zu Dr. Cox .....	38
5.3.3.2	Berufliche Identität.....	39
5.3.3.3	Dramaturgische Umsetzung der Rollenfigur Dr. Cox .....	41
5.3.3.4	Gesamtbild und Schlussfolgerung .....	41
<b>5.4</b>	<b>Bedeutung der TV-Darstellung klinischer Abläufe und Zusammenhänge für den Zuschauer.....</b>	<b>43</b>
<b>5.5</b>	<b>Bedeutung der TV-Darstellung konkreter Krankheitsbilder für den Zuschauer.....</b>	<b>44</b>
<b>5.6</b>	<b>Erörterung von Grundzügen der Dramaturgie im Serienvergleich .....</b>	<b>45</b>
5.6.1	Allgemeines.....	45
5.6.2	Rollenfiguren.....	49
5.6.3	Besonderheiten derameratechnik.....	50
5.6.4	Besonderheiten in Licht und Ton .....	52
5.6.5	Besonderheiten in Schnitt und Montage.....	54
5.6.6	Visuelle und Spezialeffekte.....	56
<b>5.7</b>	<b>Zusammenfassung des Seriencharakters anhand der Dramaturgie.....</b>	<b>57</b>
<b>5.8</b>	<b>Erfassung der Krankheitshäufigkeiten im Serienvergleich.....</b>	<b>58</b>
<b>5.9</b>	<b>Vergleich der Häufigkeiten mit realen Daten der amerikanischen Bevölkerung.....</b>	<b>63</b>
<b>5.10</b>	<b>Analyse der Nierenerkrankungen.....</b>	<b>66</b>
<b>6.</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>71</b>
6.1	Medienwissenschaftliche und serienanalytische Betrachtungen.....	71
6.2	Arztbilder der gewählten Fernsehserien und deren Bedeutung .....	73
6.3	Dramaturgie der gewählten Fernsehserien und deren Bedeutung .....	75
6.4	Krankheitshäufigkeiten im Serienvergleich.....	76
6.5	Vergleich der Häufigkeiten mit realen Daten der amerikanischen Bevölkerung.....	78
6.6	Analyse der Nierenerkrankungen.....	79
<b>7</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNG .....</b>	<b>81</b>
<b>8</b>	<b>LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>83</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>87</b>
<b>9.1</b>	<b>Analysebögen .....</b>	<b>87</b>
9.1.1	Arztanalysebögen .....	87
9.1.2	Analysebögen zur Dramaturgie.....	94

<b>9.2</b>	<b>Vollständige Tabellen der Erfassung der Diagnosen und Besonderheiten .....</b>	<b>104</b>
	<b>EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG .....</b>	<b>105</b>
	<b>LEBENS LAUF .....</b>	<b>106</b>
	<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>107</b>

# 1 Zusammenfassung

Das Genre der Arzt- und Krankenhausserien zieht Einschaltquotenanalysen zufolge nicht nur Millionen von Zuschauern in seinen Bann, sondern dient nachweislich einem Großteil der Bevölkerung als wichtigste Quelle hinsichtlich gesundheitsmedizinischer Informationen (Chory-Assad und Tamborini 2001).

Auf dieser Basis wird im Rahmen der Arbeit zunächst anhand von Studien die Darstellung medizinischer Inhalte im Medium Fernsehen beleuchtet. Dabei sind medienwissenschaftliche Grundlagen im Fokus, die den Prozess einer Informationsübernahme durch den Zuschauer und das daraus resultierende Einflusspotential bis hin zu seiner veränderten Wahrnehmung der Realität für Fernsehsendungen näher charakterisieren. Neben der Bedeutung der TV-Darstellung von klinischen Abläufen und konkreten Krankheitsbildern für das Publikum wird hier das Arztimage anhand der Gegenüberstellung dreier fiktiver Ärzte im Detail nach ex ante definierten Kriterien untersucht. Zusätzlich werden die dafür rezipierten 690 Episoden von drei der populärsten Krankenhausserien *House*, *Scrubs* und *ER* in vergleichender Analyse auf dramaturgischer Ebene nach vorher festgelegten Attributen beleuchtet. Die so gewonnenen Erkenntnisse über Arztbild und Gestaltungsweise im Fernsehen sollen Unterschiede zwischen den Genrevertretern und Abweichungen von der faktischen Realität aufdecken. In der Untersuchung zeigt sich bei allen hierfür gewählten Serien ein von positiven und negativen Superlativen geprägtes Berufsimage. Weder die herausragenden fachlichen Fähigkeiten oder die idealisierte Aufopferung in der Klinik auf der einen, noch die moralischen und gesetzlichen Grenzüberschreitungen der TV-Mediziner auf der anderen Seite erreichen ein realistisches Mittelmaß. Hinweise auf Differenzen im Realitätsgehalt zwischen den Sendungen liefert deren hier nachgewiesene divergierende dramaturgische Konstruktion. Während für *ER* die Gestaltung auf eine temporeiche Präsentation medizinischer Inhalte hindeutet, bietet *Scrubs* aufgrund seiner am Humor orientierten Struktur wenig Raum für Fachinformation. Durch hochspezifische, in der Serie detailliert abgehandelte Fälle im Arrangement eines Medizinalkrimis kristallisiert sich für *House* in der Analyse der Dramaturgie eine Zwischenrolle heraus.

Eine Detektion solcher Diskrepanzen ist ebenso Ziel bei der Erhebung der Krankheitshäufigkeiten. Dazu werden die in den 690 TV-Folgen gestellten konkreten Diagnosen nach a priori definierten Kriterien erfasst und anschließend 15 Gruppen von Erkrankungen zugeordnet. Differenzen in den Verteilungsmustern der Krankheitskategorien

im Serienvergleich werden in der vorliegenden Arbeit nicht nur deskriptiv erörtert, sondern durch Chi-Quadrat-Testung mathematisch analysiert. In den TV-Sendungen wird ein insgesamt breites Spektrum an Krankheiten dargeboten, wobei sich für alle drei eine Dominanz im Auftreten von Diagnosen der Kategorie „Verletzungen, Intoxikation und iatrogene Einflüsse“ herausstellt. Außerdem tun sich große serienspezifische Divergenzen in Bezug auf die Präsentation von Erkrankungsgruppen wie beispielsweise Infektionen und Tumoren betreffend auf.

Zusätzlich werden die so ermittelten Krankheitsverteilungen der TV-Sendungen im Hinblick auf aus faktischen Prävalenzdaten der USA berechneten, also in Realität zu erwartenden Werten beurteilt und statistisch verifiziert. Die Krankenhausserien erweisen sich als hochsignifikant von echten Prävalenzen abweichend. Eine genaue Verifizierung bringt für alle drei Genrevertreter eine massive Überrepräsentation von Verletzungen und Intoxikationen ans Licht. Dem gegenüber steht jedoch eine Vernachlässigung chronischer Krankheiten, wie den endokrinologischen und muskuloskelettalen Erkrankungen.

Abschließend wird in dieser Arbeit die Darstellung der Erkrankungen des urogenitalen Systems gegenüberstellend eruiert. Für keine der medizinischen Serien kann im Abgleich mit Prävalenzdaten die Hypothese einer Unterrepräsentation dieser Krankheitsgruppe im Fernsehen bestätigt werden. Ein uniformes Verteilungsmuster weisen die Genrevertreter auch in der Thematisierung der Therapieformen bei Nierenerkrankungen (NTx, Dialyse, andere) auf. Bezüglich der Arten der Krankheit (ANV, CNV, andere) offenbaren sich hingegen signifikante Unterschiede. Exemplarisch hierfür schwankt allein der Anteil des akuten Nierenversagens an der Gesamtheit der Nierenerkrankungen in den Serien zwischen zwanzig (*ER*) und achtundachtzig (*House*) Prozent.

Daraus ergeben sich weitere, den Rahmen dieser Arbeit überschreitende Fragen, welche konkreten Auswirkungen eine TV-verzerrte Krankheitsverteilung auf den Zuschauer haben könnte. Unbeantwortet bleibt inwieweit sich die hier gewonnenen Erkenntnisse auf deutsche Serien (z.B. *Die Schwarzwaldklinik* oder *Doctor's Diary*) übertragen lassen.



## 2 Einleitung

Wenn Hochschulmediziner während des Innovationskongresses 2009 in Berlin Arztserien als Ressource für Lehre und gesundheitliche Aufklärung erörtern (Tuffs 2009a), so wird deutlich, dass die Darstellung medizinischer Inhalte im Unterhaltungsfernsehen in Deutschland ein diskussionswürdiges Thema ist.

Seit Beginn der sechziger Jahre zieht das Genre der Arzt- und Krankenhausserien Millionen von Zuschauern in seinen Bann, zu welchen keineswegs nur Laienpublikum zählt. So mischen sich beispielsweise in den USA unter die Top Fünf der beliebtesten Prime-Time-Serien in der Gesamtbevölkerung im Jahr 2006 allein drei aus dem Sektor der Krankenhausserien, nämlich *Grey's Anatomy* (Rang 1), *Dr. House* (Rang 3) und *ER* (Rang 5) (Murphy et al. 2008). Neben den drei bereits genannten ist *Scrubs* bei australischen und deutschen Medizinstudenten der beliebteste Vertreter seiner Gattung (Weaver und Wilson 2011, Thieme 2010).

Mit Beginn der Ausstrahlung von *ER* in den USA 1994 als eine der populärsten TV-Sendungen überhaupt, die sich erstmals an realen Fällen orientiert, scheinen sich die Fernsehärzte zunehmend auf einer höheren Realitätsebene zu bewegen. In allen der genannten zeitgenössischen Serien stehen den Drehbuchautoren zahlreiche medizinische Fachberater zur Seite, wobei durch sorgfältige Recherche eine völlig neue Dimension in Bezug auf authentische Umsetzung erzielt werden kann. Nur so ist es erklärbar, dass ausgewählte Episoden von *ER* beispielsweise als Grundlage einer zertifizierten Fortbildungsveranstaltung für Mediziner in Frankfurt/Main 2006 didaktisch genutzt werden konnten (Krüger-Brand 2006).

Dennoch steht den Bemühungen um Authentizität der Faktor Unterhaltung im Sinne einer profitablen Medienwirksamkeit im Interesse von Autoren und Produzenten eigentlich konträr gegenüber. Daraus resultiert ein vielfältiges Repertoire, welches von der komödiantisch anmutenden und von intra- und interpersonalen Konflikten der angehenden Ärzte dominierten Serie *Scrubs* bis hin zur Darstellung von notfallmedizinischen Prozeduren gemäß eines medizinischen Realismus in *ER* reicht (Strauman und Goodier 2008). *House* scheint als eine Art Medizinalkrimi mit extravagantesten authentischen Fällen und deren Lösung durch den mehr in Sherlock-Holmes-, als in klassischer Arztmanier agierenden Dr. House, eine Zwischenstellung einzunehmen (Strauman und Goodier 2008, DuBose 2010). In dieser Arbeit soll daher die vergleichende Betrachtung von *Scrubs*, *House* und *ER* jenem facettenreichen Spektrum gerecht werden.

Eine differenzierte Analyse dieser drei TV-Sendungen scheint aber nicht nur aufgrund hoher Einschaltquoten und großer Beliebtheit angemessen. Ein Großteil der Bevölkerung gibt darüber hinaus Fernsehen als eine der wichtigsten Informationsquellen hinsichtlich gesundheitsmedizinischer Themen an und befindet diese fachlichen Botschaften mehrheitlich für wahr (Davin 2003, Chory-Assad und Tamborini 2001). Die Handlungsbögen des Unterhaltungsfernsehens bieten Zuschauern im Gegensatz zu Reportagen den Rahmen, sich mit den Rollenfiguren zu identifizieren, was sich in früheren Studien als eine entscheidende Komponente für Meinungsbildung (Morgan et al. 2007) und potentielle Übernahme von Verhaltensmustern erwies (Troy 1996). Außerdem korrelieren die Erwartungen der Zuschauer als reale Patienten an Ärzte (Bittner et al. 2012), Therapiemöglichkeiten und Therapieerfolg mit der im Fernsehen präsentierten Fiktion (Van den Bulck 2002).

Diese Faktoren verdeutlichen eine gesellschaftlich-soziale Verantwortlichkeit weit über den Unterhaltungskoeffizienten der Medien hinaus. Die Erfassung einer umfänglichen Tragweite der Auswirkung einzelner Desinformationen der jeweiligen Episoden liegt jedoch außerhalb der im Rahmen dieser Arbeit möglichen Untersuchungen.

Daher soll in den wissenschaftlichen und serienanalytischen Betrachtungen (Kapitel 4.1) zunächst den Einflüssen der TV-Serien auf die Formung des Grundverständnisses fachlicher Zusammenhänge Rechnung getragen werden. Beleuchtet wird eine potentiell daraus resultierende Verhaltensadaptation der Zuschauer in Abhängigkeit von der Authentizität der medizinischen Informationen. Eine differenzierte Betrachtung in Orientierung am Stand der Wissenschaft erfolgt beispielhaft hinsichtlich der Bedeutung von TV-Serien:

1. auf das Arztbild der Zuschauer,
- 2 in Bezug auf dargestellte medizinische  
Abläufe und Zusammenhänge und
3. in Bezug auf dargestellte konkrete Krankheitsbilder,

sowie der damit verbundenen wahrnehmungs- und verhaltensassoziierten Auswirkungen auf die Bevölkerung im Allgemeinen bzw. das Fachpublikum.

Noch einen Schritt weiter geht das Modell *Entertainment Education*, welches in teils staatlich organisierten Kampagnen ein gesteigertes soziales Bewusstsein für bestimmte Probleme im gesundheitlichen Kontext bis hin zu Verhaltensänderungen durch geschicktes Einflechten von Fachinformation ins (Unterhaltungs-)Fernsehen zu bewirken versucht (Singhal und Rogers 2002). Exemplarisch ist hierfür die zeitgleiche Integration des Themas Impfschutz parallel in mehrere US-amerikanische Serien, darunter auch *ER*, mit der Intention, das Bewusstsein dafür in der Bevölkerung zu stärken (Kaiser Family Foundation 2004). Als übergeordnetes

Ziel eines solchen Gesundheitsbewusstseins mit der Folge einer entsprechenden Verhaltensanpassung wird letztlich auch die indirekte Einflussnahme auf Ergebnisse im gesundheitlichen Kontext angestrebt (Tong et al. 2008).

Die gegenwärtige mediale Informationsflut an medizinischem Wissen vor dem Hintergrund der potentiellen unkritischen Übernahme durch das Laienpublikum der Arztserien macht es jedoch in zunehmendem Maße sinnvoll, differenziertere Analysen hinsichtlich des Wahrheitsgehaltes durchzuführen (Quick 2009, Witzel et al. 2003).

Diese Arbeit beschäftigt sich daher im zweiten Teil mit der vergleichenden quantitativen Erfassung der in *Scrubs*, *House* und *ER* dargestellten Krankheitsbilder. Zusätzlich soll hierbei das Auftreten bestimmter Krankheiten mit den realen Prävalenzen aus epidemiologischen Datensätzen verglichen werden. Aus der Analyse von ausgewählten Episoden ist bekannt, dass in Krankenhausserien wie *Grey's Anatomy* und *ER* nahezu alle Arten möglicher Erkrankungen Anklang finden (Ye und Ward 2010). Darüber hinaus konnte in der gesamtheitlichen Betrachtung von 71 Episoden aus *ER*, *Chicago Hope* sowie *Grey's Anatomy* eine Diskrepanz zwischen fiktiver und realer Diagnoseverteilung im stationären Bereich aufgedeckt werden, eher seltene Erkrankungen erwiesen sich als medial überrepräsentiert (Hetsroni 2009). Im Gegensatz dazu soll hier weiterführend das genauere Eruiere serienspezifischer Unterschiede der drei ausgewählten TV-Sendungen im Hinblick auf die Häufigkeiten der dargelegten Erkrankungen, neben dem Abgleich mit epidemiologischen Daten, im Mittelpunkt stehen. Für ein auf statistischer Ebene aussagekräftiges Ergebnis erscheint es dabei sinnvoll, nicht nur einzelne Folgen zum Vergleich heranzuziehen, sondern die veröffentlichten Staffeln komplett in die Statistik einzubinden. Dazu wurden im Folgenden alle der bis dato ausgestrahlten 690 Episoden der Serien (*ER* 331, *Scrubs* 177, *Dr. House* 182; im Zeitraum 1994-2012) quantitativ nach Arten der vorkommenden Erkrankungen analysiert.

Anschließend wird im dritten Teil die Darstellung der Nierenerkrankungen in den Fokus gerückt. Im Zentrum des Interesses steht die Frage, ob renale Erkrankungen im Vergleich zu denen anderer Organsysteme im Unterhaltungsfernsehen ebenso unterrepräsentiert sind, wie es für TV-Nachrichten aus den USA (Jaffery et al. 2006) und Australien (Tong et al. 2008) gezeigt werden konnte. Häufiger werden diesen Studien zufolge in nicht-fiktionalen Sendungen Krankheiten thematisiert, die mit erkennbaren äußeren Defiziten einhergehen bzw. neoplastischer Art sind. Favorisiert werden auch bestimmte Herzerkrankungen beschrieben, die weniger Erläuterungen bedürfen, weil in der Allgemeinbevölkerung darüber gewisse

Vorkenntnisse bestehen (Schlam 2006, Tong et al. 2008).

Zudem sollen die Krankenhausserien hier quantitativ danach aufgeschlüsselt werden, ob es sich um eine dialysepflichtige, nicht dialysepflichtige Form der renalen Fehlfunktion oder um die Thematisierung einer (geplanten) Transplantation handelt. Eine solch differenzierte Betrachtung mittels Subgruppierung erweist sich unter Beachtung der Ergebnisse früherer Nachrichtenanalysen (Australien) als sinnvoll. Diese betonen u.a., wenn chronisches Nierenversagen überhaupt in den Berichterstattungen erwähnt wurde, dann mehrheitlich im Kontext von Transplantation oder als Sekundärerkrankung (Tong et al. 2008). Hieraus ergibt sich die Frage, ob derartige Diskrepanz zwischen Relevanz (im Hinblick auf Prävalenz und Schwere der Erkrankung) und der Präsentation von Nierenleiden wie bei Tong (2008) auch für das Unterhaltungsfernsehen nachweisbar ist.

Eine qualitative Begutachtung aller Episoden, die Informationen über renale Fehlfunktion enthalten, soll die Serienanalyse abrunden. Im Zentrum der Exploration steht zum einen, welche Typen von Nierenerkrankungen im Fernsehen dominieren und ob Formen der Nierenersatztherapie Anklang finden. Mit dieser Prüfung sollen Rückschlüsse auf den globalen wie auch spezifischen Realitätsgehalt der Krankenhausserien gezogen werden.

Besonders hervorzuheben ist, dass hier für alle quantitativen und qualitativen Betrachtungen nicht nur alle Episoden der jeweiligen drei TV-Sendungen beleuchtet werden, sondern darüber hinaus Gegenüberstellungen von *Scrubs*, *House* und *ER* bezüglich jener Kriterien die Arbeit vervollständigen.

### **3 Ziele der Arbeit**

#### **3.1 Medienwissenschaftliche und serienanalytische Grundlagen**

Vor der detaillierten Auseinandersetzung mit den drei Krankenhausserien steht der Nachweis der Sinnhaftigkeit einer solchen Untersuchung. Zentrale Fragestellung ist daher, ob fachliche Inhalte der Fernsehwelt Einflüsse auf die Zuschauer haben könnten und wenn das der Fall ist, welchen Charakters diese sind. Mögliche Auswirkungen sollen in einer Synthese aus zeitgenössischer Literatur und selbst beobachteten Auffälligkeiten im Zuge der hier durchgeführten Episodenanalyse dargelegt werden. Medizinische Botschaften, die die Arbeit beleuchtet, sind neben bestimmten klinischen Abläufen und konkreten Krankheitsbildern auch die mediale Präsentation des Arztbildes im Vergleich dreier Hauptfiguren. Erörtert werden

sollen außerdem dramaturgische Differenzen auf Basis film- und fernsehwissenschaftlicher Prinzipien, welche bereits präanalytisch, also vor quantitativer Auswertung, auf etwaige Unterschiede in Bezug auf den Realitätsgehalt der Serien hindeuten.

### **3.2 Erfassung der Krankheitshäufigkeiten im Serienvergleich (quantitative Analyse)**

Im zweiten Teil der Arbeit werden die Häufigkeiten des Auftretens bestimmter Erkrankungen nach Kategorien sortiert und für jede Serie zahlenmäßig erfasst. Hinterfragt wird, welche Arten von Diagnosen im Fernsehen besonderen Anklang finden, bzw. welche davon eher vernachlässigt werden. Von Interesse ist auch, ob sich die drei Genrevertreter diesbezüglich unterscheiden. Ein übergeordnetes Ziel ist der statistische Abgleich der fiktionalen Auftretenshäufigkeiten mit echten Prävalenzen der US-amerikanischen Population, da es sich um US-Serien handelt. Gibt es diverse Erkrankungsgruppen, die im Fernsehen über die Maßen oft dargestellt werden, obwohl sie in Realität eher selten beobachtet werden? Vor dem Hintergrund potentieller Auswirkungen von Fehlinformationen auf den Zuschauer ist daher der Nachweis etwaiger Diskrepanzen zwischen realer Relevanz einer Erkrankung und Quantität der Darstellung in *Scrubs*, *House* bzw. *ER* einer der primären Endpunkte.

### **3.3 Darstellung von Nierenerkrankungen in den gewählten Fernsehserien**

Die Evaluation der Erkrankungen des urogenitalen Systems basiert auf einer Erhebung von absoluten Subgruppenhäufigkeiten verschiedener Nierenerkrankungen. Fokussiert wird dann auch das Verhältnis dieser Arten von renaler Fehlfunktion im interseriellen (fiktionalen) Vergleich. Hauptziel ist eine Aussage darüber, welche Nierenerkrankungen in den Serien generell bzw. mit welcher Dominanz für die TV-Darstellung eine Rolle spielen.

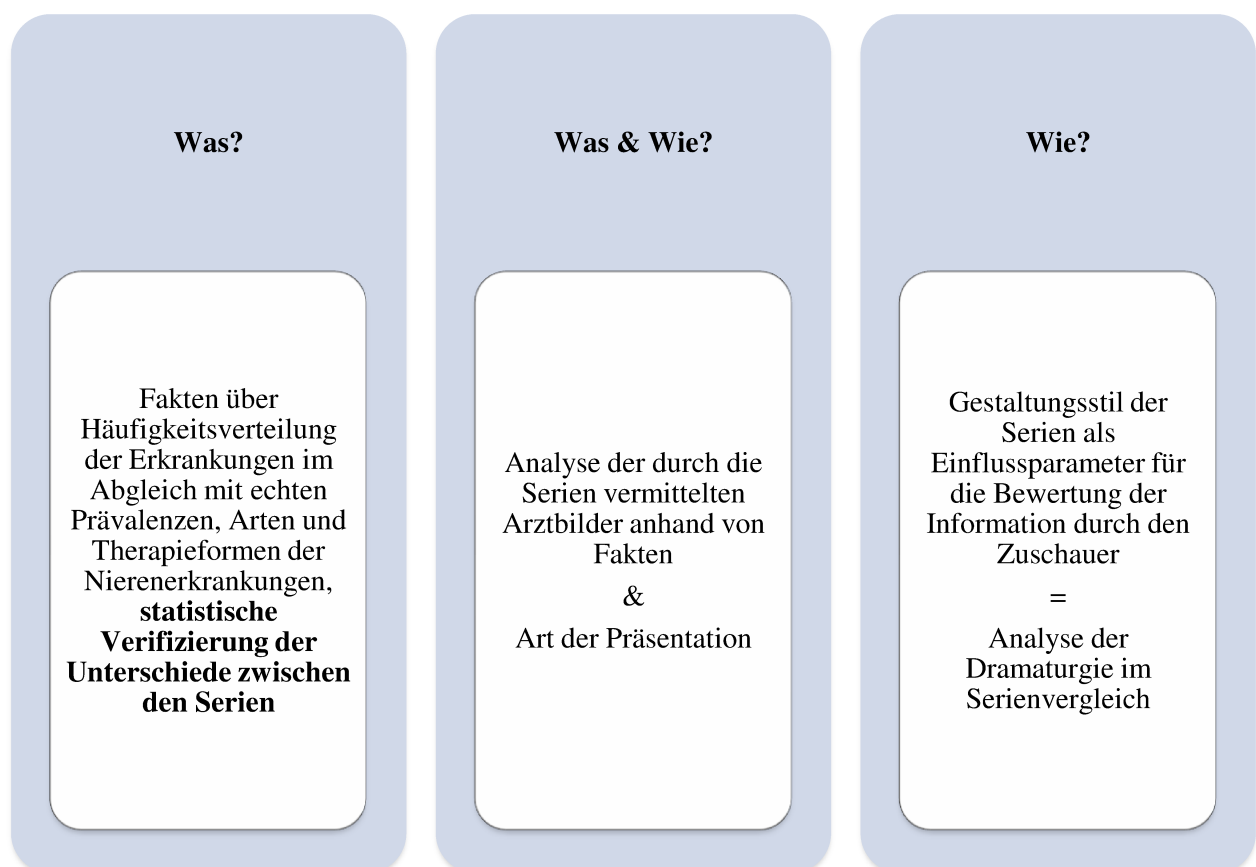
## **4 Methodik**

### **4.1 Auswahl der Serien**

Grundvoraussetzung für die Auswahl eines Genrevertreters ist gemäß der Zielstellung die Popularität der jeweiligen medizinischen Fernsehserie, denn nur so können Erkenntnisse der

Analyse potentiell mit Auswirkungen für die Bevölkerung verbunden sein. Es erscheint zudem sinnvoll, ein breites Spektrum an präsentierten Erkrankungen zu erfassen, um Auftretenshäufigkeiten vergleichen zu können. Daher werden lediglich Krankenhausserien ausgesucht. *Grey's Anatomy* erfüllt trotz ihrer hohen Einschaltquoten aufgrund der Fachspezifität (Chirurgie) und dem Fokus auf Leben und Träume der Ärzte (Holtz 2010) dieses Attribut nicht.

Um alle Serien mit denselben Kenngrößen der realen Bevölkerung hinsichtlich Prävalenzen gegeneinander abwägen zu können, ist eine Beschränkung auf US-amerikanische Vertreter unabdingbar. Außerdem sollen jeweils möglichst viele Einzelepisoden untersucht werden, welche über einen größeren Zeitraum eine Fülle an Daten lieferten. All diese Kriterien erfüllen *Scrubs*, *House* und *ER*. Diese auf den ersten Blick stilistisch völlig unterschiedlich anmutenden Genrepräsentanten bieten darüber hinaus einen perfekten Rahmen für einen interseriellen Vergleich. Als Grundlage für ein fundiertes Ergebnis fokussiert diese Rezension folgende drei Säulen der Serienanalyse (**Abb. 1**):



**Abbildung 1:** Säulen der Serienanalyse

## 4.2 Untersuchungsmaterialien

Alle Staffeln von *Scrubs*, *House* und *ER* sollen in die Erhebung der Krankheitshäufigkeiten eingebunden werden. Dafür werden alle 690 im öffentlichen US-amerikanischen Fernsehen ausgestrahlten Episoden der gewählten Serien, d.h. 442 Stunden Filmmaterial aus einem Zeitraum von 1994 bis 2012 analysiert. Die gestaffelten DVDs wurden beim gängigen Online-Vertrieb käuflich erworben bzw. befanden sich bereits im Privatbesitz.

## 4.3 Analyse der Dramaturgie und Arztrolle im Serienvergleich

Anhand medienwissenschaftlicher Literatur (Borstnar et al. 2008, Faulstich 2008, Mikos 2008) wird zunächst eine theoretische Basis in Bezug auf Fernseh-Untersuchungsprinzipien geschaffen. In Anlehnung an diese Grundlage werden Analysebögen (siehe Anhang) mit Kriterien zur Charakterisierung der jeweiligen dramaturgischen Gefüge in *Scrubs*, *House* und *ER* entworfen. Die Auswertung soll dabei die Aspekte der Dramaturgie beleuchten, welche auf Ebene der gesamten Serie global von Bedeutung sind und im medizinischen Kontext betrachtungswürdig erscheinen. In die Sichtung fließen neben narrativen Strukturen und Art der Darstellung der Rollenfiguren auch Auffälligkeiten hinsichtlich Kameraführung, Licht, Ton, Schnitt sowie Montage und Spezialeffekten ein. Zu jedem Aspekt wurden folgende dramaturgische Unterpunkte definiert, nach welchen die Serien weiter aufgeschlüsselt werden (vgl. **Abb. 2**):

## Unterpunkte der dramaturgischen Analyse

### Allgemeines

- Teaser, Handlungsort/damit verbundene Stimmung, ideologische Verweise, notwendiges allgemeines/fachliches Vorwissen, Dinge die nicht gezeigt, sind aber notwendig zum allgemeinen/fachlichen Verständnis,
- Erzählperspektive, narrative Diskontinuitäten/Elipsen, Mystery/Surprise/Suspense, wissen Figuren vs. Zuschauer mehr,
- Besonderheiten in Ausstattung (Hinweise auf Status der Figuren, vermittelte Stimmung, direkte/indirekte Adressierungen,
- Immersionsangebote (Funktion), Spannungsbogen, Komik (durch Protagonisten/Situationen, Parodie anderer Genrevertreter, witzige Dialoge, akustische Gags)

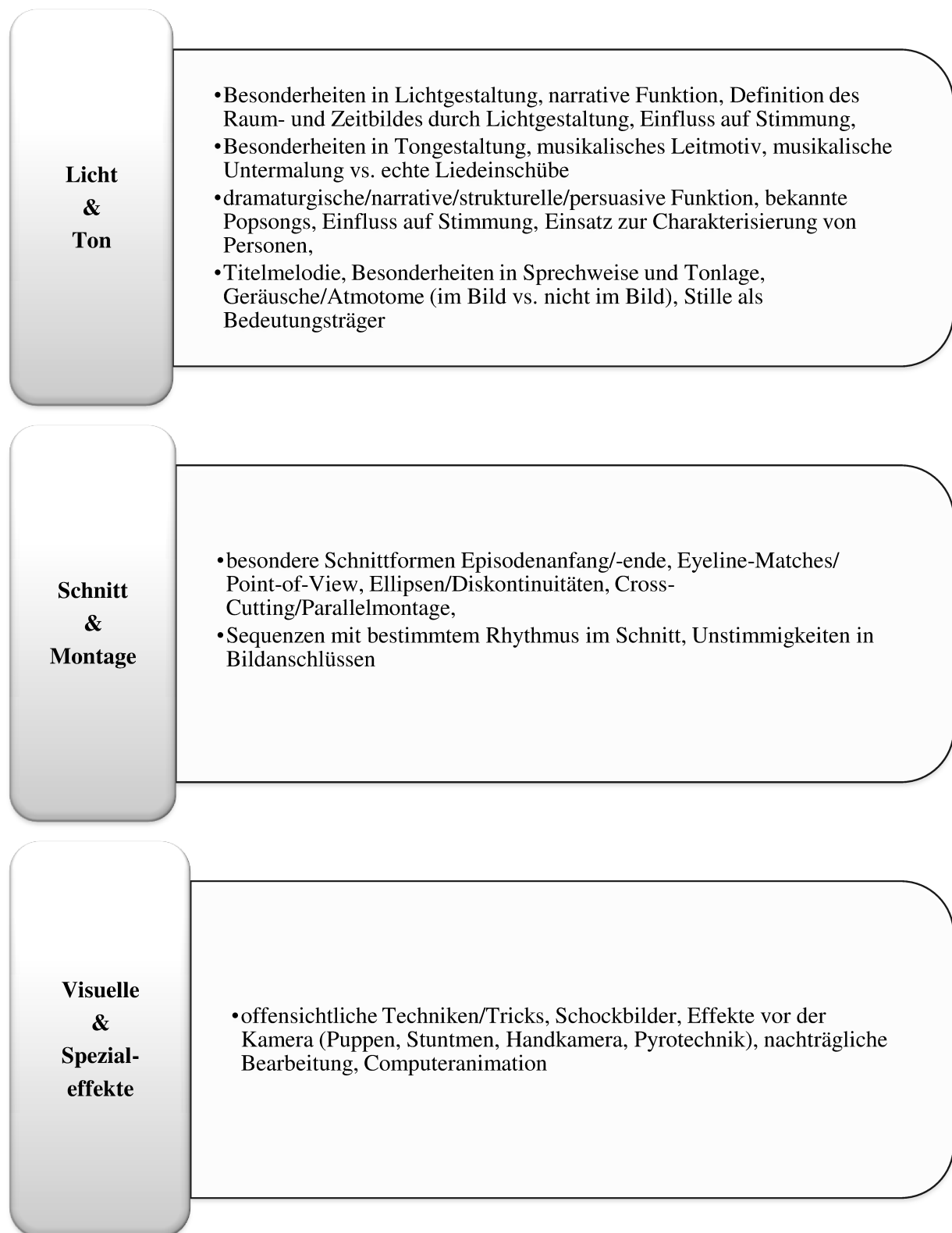
### Rollen- figuren

- Funktionsrollen, Handlungsrollen (Hierarchie der sozialen Handlungsrollen, Wechsel sozialer Handlungsrollen durch Protagonisten, Nachvollziehbarkeit der Handlungen der Akteure),
- Austausch von Hauptfiguren, empathisches Feld (wie aufgebaut), Angebote zu parasozialen Interaktionen

### Kamera

- Kadrage, Mise en Scene, Figuren der Kamera nahe gebracht vs. Distanz, Kameramittel zur besseren Identifikation,
- Besonderheiten in den Einstellungsgrößen/Funktion,
- Besonderheiten in Perspektive/Funktion, Kamerabewegung und Dynamisierung/Funktion



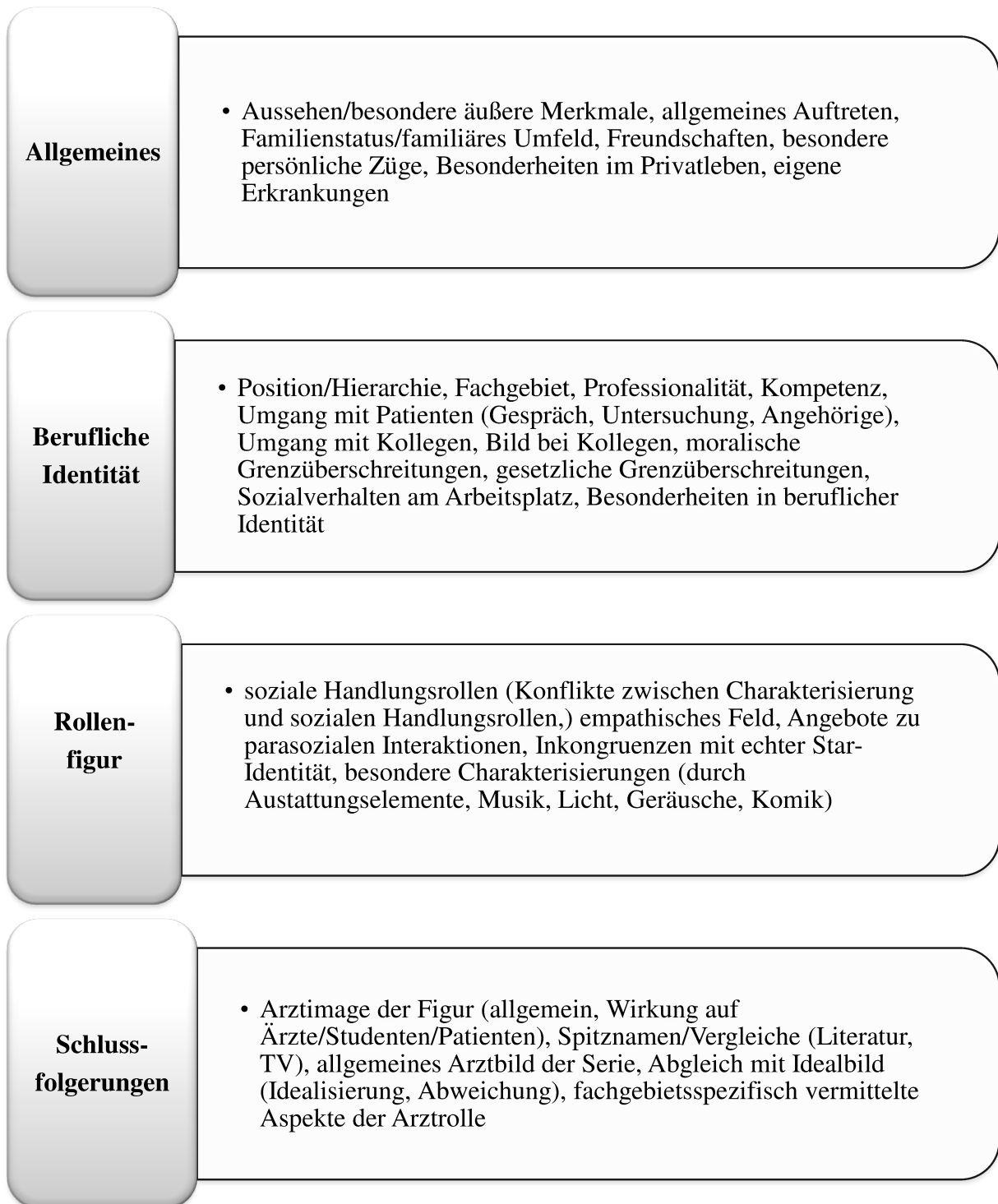


**Abbildung 2:** Unterpunkte der dramaturgischen Analyse

Ähnliche Bögen charakterisieren jeweils einen Hauptprotagonisten der TV-Sendungen näher. Mit Hilfe der gesammelten Daten über die fiktionalen Mediziner sollen serienspezifisch

Rückschlüsse auf das präsentierte Arztimage der gewählten Figuren Dr. House (*Dr. House*), Dr. Greene (*ER*) und Dr. Cox (*Scrubs*) gezogen werden (vgl. **Abb. 3**):

### Struktur der Arztrollenanalyse



**Abbildung 3:** Struktur der Arztrollenanalyse

Die Rezension erfolgt im Zuge der Analyse aller Folgen zur Erfassung der Krankheitshäufigkeiten, wobei alle Auswertungsbögen schrittweise vervollständigt werden.

#### 4.4 Erfassung der Krankheitshäufigkeiten

Für alle 690 Episoden der medizinischen Serien wird geprüft, welche Erkrankungen die gezeigten fiktionalen Patienten aufweisen. Zu diesem Zweck werden vor der Untersuchung Standards festgelegt, um eine Vereinheitlichung in der Erfassung der Krankheitshäufigkeiten zu erreichen. Für die Aufnahme als Diagnose in eine tabellarische Übersicht gelten demnach folgende Kriterien (vgl. **Abb. 4**):

##### Kriterien für die Aufnahme als Diagnose

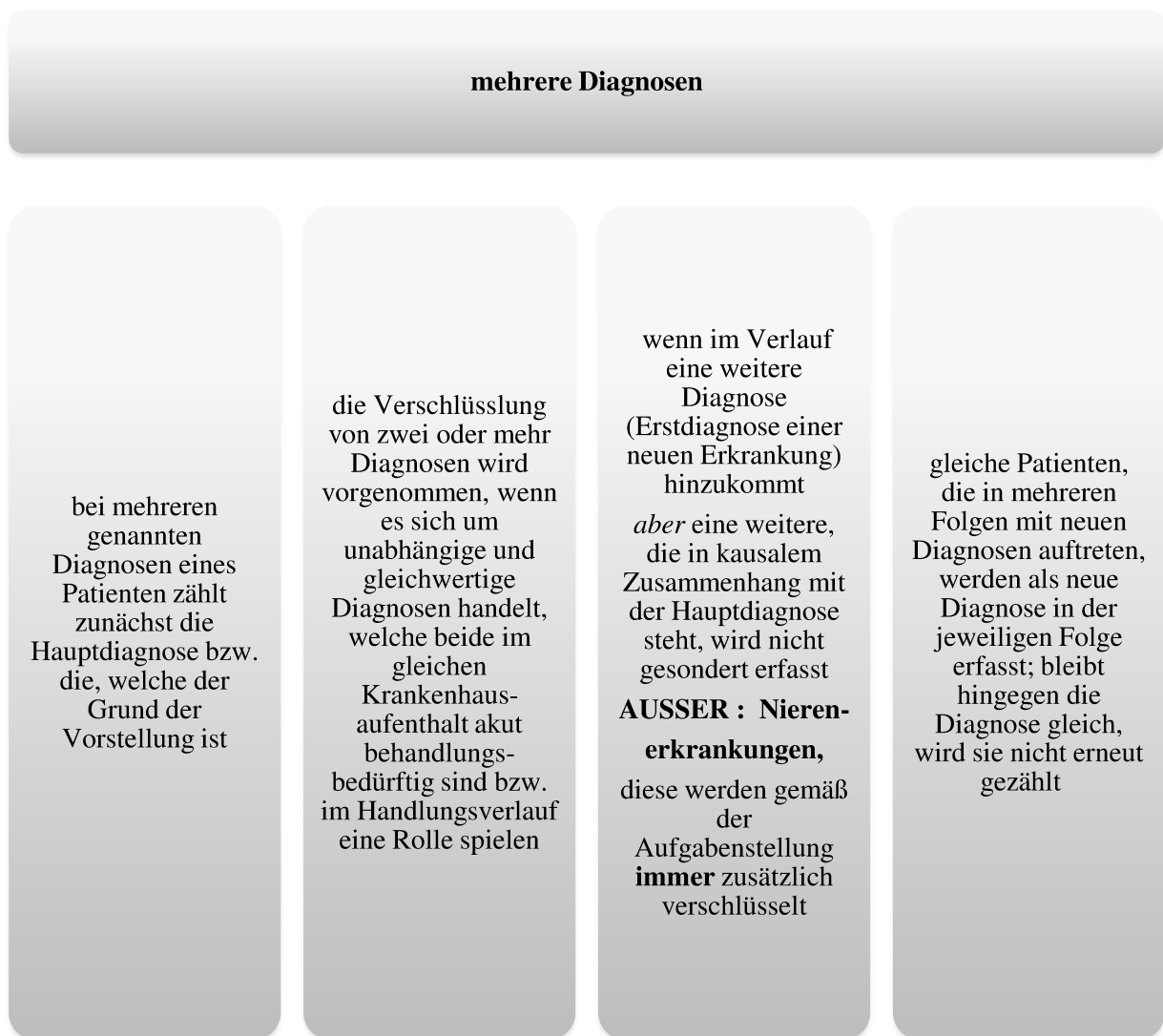
- Grundvoraussetzung:**
- Patient wird TV-bildlich gezeigt, es zählt ein Szenenausschnitt, in dem mindestens kurz das Gesicht des Patienten zu sehen ist
  - dies gilt sowohl für ambulante, als auch für stationär behandelte Patienten
- Ausschlusskriterien :**
- Simulanten
  - bloße Erwähnungen von Patienten oder Diagnosen
  - „Verdacht auf ...“ ohne Diagnosebestätigung , wenn sich nicht zwangsläufig eine einzige Diagnose ergibt

##### Einzeldiagnose

Diagnose wird durch  
medizinische Personal als  
solches genannt  
*oder*

Diagnose ist als solches  
eindeutig optisch determiniert  
(Blickdiagnose wie z.B.  
Kopfplatzwunde)  
*oder*

Diagnose wird nicht als  
solches genannt, ist aber aus  
Befunden zweifelsfrei  
ersichtlich



**Abbildung 4:** Definierte Kriterien für die Erfassung der Diagnosen

Nach tabellarischer Erfassung der konkreten Diagnose erfolgt für jede die Zuordnung zu einer Erkrankungsgruppe. Die Festlegung der Kategorien orientiert sich an einer Studie von Ye und Ward (2010). Die Autoren verglichen 127 Episoden von *ER* und *Grey's Anatomy* hinsichtlich demografischer Daten und Auftretenshäufigkeiten von Erkrankungen und legten dafür vierzehn Subgruppen fest. In Anlehnung an die Klassifizierung von Ye und Ward (2010) wurden in dieser Arbeit folgende fünfzehn Kategorien definiert (vgl. **Tab. 1**):

## Einteilung der Erkrankungen nach Hauptkategorien

Ziffer	Kategorie der Erkrankung
1	Krankheiten des Herzkreislaufsystems
2	Krankheiten des Atmungssystems
3	Krankheiten des Gastrointestinaltraktes
4	Krankheiten des Urogenitaltraktes
5	Krankheiten des Nervensystems
6	Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen
7	Krankheiten des Endokrins, Stoffwechsels und der Ernährung
8	Angeborene Fehlbildungen, Chromosomenstörungen
9	Krankheiten des muskuloskelettalen Systems
10	Krankheiten des hämatopoetischen Systems und des Immunsystems
11	Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese
12	Neubildungen
13	Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt
14	Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse
15	Sonstiges

**Tabelle 1:** Einteilung der Erkrankungen nach Hauptkategorien

Vereinheitlicht wurde die Codierung der Erkrankungen dabei auch durch die Orientierung an der *International Classification of Diseases* (ICD 10).

Der Diagnoseschlüssel 15 (Sonstiges) wird zusätzlich eingeführt, um alle in den Serien dargestellten Erkrankungen restlos den Sektoren zuordnen zu können, da er die Erfassung aller unter 1 bis 14 nicht klassifizierbaren, wie beispielsweise Augen- oder Hauterkrankungen, ermöglicht. Symptome, die nicht zwangsläufig eine einzige Diagnoseoption bedingen, fallen ebenso in die Kategorie 15. Hierzu können exemplarisch nicht näher bezeichnete abdominale Schmerzen oder Bewusstseinsstörungen gezählt werden. Zur Gruppe der Verletzungen, Intoxikationen und iatrogenen Einflüsse sei anzumerken, dass bei multiplen Verletzungen (Verkehrsunfälle o.ä.) der fiktionalen Patienten nur einmalig die Ziffer 14 vergeben wird, also nicht jede Verletzung separat zählt. Im Gegensatz dazu werden gemäß der Aufgabenstellung Nierenerkrankungen unabhängig von der Hauptdiagnose stets zusätzlich codiert.

### 4.5 Vergleich der Häufigkeiten der einzelnen Serien untereinander

Für die Kategorien 1 bis 15 der Erkrankungen werden deren absolute Häufigkeiten sowie die prozentualen Anteile vergleichend tabellarisch erfasst. Der Wert für die absolute Anzahl ist

gleichzusetzen mit der im Fernsehen beobachteten Häufigkeit eines Krankheitstyps.

Zur statistischen Auswertung wurde in dieser Arbeit die Software IBM SPSS Statistics Version 20 verwendet. Der mathematische Nachweis globaler (alle Kategorien 1-15 inbegriffen) Differenzen zwischen den Sendungen erfolgt mittels Chi-Quadrat-Test zur Prüfung von Häufigkeitsunterschieden im Auftreten von Ereignissen. Als Signifikanzniveau wird a priori  $\alpha=0,05$  (gültig für alle hier durchgeführten Tests) bestimmt, das heißt die Irrtumswahrscheinlichkeit des Tests liegt bei 5%. Zunächst soll geprüft werden, ob sich die drei Serien (1 bis 3) im Maß des Vorkommens der Diagnosekategorien überhaupt unterscheiden (T 1), denn nur dann ist ein detaillierterer Vergleich sinnvoll. Zudem erhöhen die nachgeschalteten Einzelvergleiche zwischen je zwei Sendungen die Fehlerwahrscheinlichkeit. Dies ist der Fall, weil für die Prüfung T 2 insgesamt drei Tests notwendig sind und daraus eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $>5\%$  resultiert. Eine zweite Testreihe (T 2) kontrolliert also anschließend die Beständigkeit derartiger Ungleichgewichte, auch wenn man jeweils nur zwei der Krankenhausendungen einander gegenüberstellt. In den drei möglichen Pärchenkombinationen (T 2a, T 2b, T 2c) soll auf diese Art belegt werden, dass zum Beispiel in *House* vs. *Scrubs* alle Krankheitstypen global (1-15) betrachtet nicht identisch verteilt sind.

Die dritte Testreihe (T 3) dient dazu, die in T 2 beleuchteten allgemeinen Unterschiede, zu verifizieren. Das Ziel ist herauszufinden, in welchen der Diagnosekategorien (1-15) im Einzelnen die TV-Sendungen am meisten voneinander abweichen.

Als Referenzwert wird die jeweilige absolute Häufigkeit einer Diagnose mit der Summe aller anderen Diagnosen ins Verhältnis gesetzt. Das heißt exemplarisch, dass das Vorkommen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1) gemessen am addierten Auftreten aller Diagnoseziffern, die nicht in diese Gruppe fallen, also den anderen Kategorien (2-15), betrachtet wird.

Der exakte Test nach Fisher prüft daher für jede Erkrankungsgruppe, ob zum Beispiel hinsichtlich der Zahl beobachteter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1) statistisch signifikante Ungleichheiten zwischen den Serien bestehen. Dabei wird zunächst ergründet, ob Herz-Kreislauf-Erkrankungen in *House*, *Scrubs* und *ER* ähnlich oft Anklang finden. Jeweils drei weitere Testungen mittels Chi-Quadrat-Methode, *House* vs. *Scrubs*, *House* vs. *ER* und *Scrubs* vs. *ER*, beleuchten dann, zwischen welchen der Genrevertreter die Disparitäten hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Diagnosen am größten sind. Dadurch werden auch Fälle aufgedeckt, in welchen sich möglicherweise zwar in der globalen Testung aller drei Serien Divergenzen ergeben, sich jedoch in der direkten Gegenüberstellung zwei der Serien nur unbedeutend im Hinblick auf dieses Merkmal unterscheiden. Dieses Vierfeldertest-Verfahren

wird in Analogie zum eben beschriebenen Vorgehen auch für die restlichen Diagnoseziffern 2 bis 15 wiederholt.

#### **4.6 Vergleich der Häufigkeiten mit realen Daten der amerikanischen Bevölkerung**

Zunächst wird eine Einwohnerzahl 296,12 Mio. von 2005 (<http://de.statista.com/statistik/>) als Referenzpopulation für die USA definiert. Dass die Ausstrahlung der Fernsehserien sich über einen Zeitraum von 1994 bis 2012 erstreckt und die Bevölkerung des Staates seit 1994 stetig wächst, verdeutlicht die Notwendigkeit der Anpassung an ein zeitlich zentral gelegenes Bezugsjahr (2005). Prävalenzdaten der Erkrankungen werden durch Literaturrecherche aus Studien der gängigen Datenbanken gewonnen. Einige der Prävalenzen, die in den Quellen nicht als prozentuale Anteile an der Gesamtpopulation aufgeführt sind, mussten zunächst aus der stattdessen angegebenen absoluten Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt berechnet werden:

$$\text{Prävalenz (in \%)} = \frac{\text{Anzahl der Erkrankten (2005)} \cdot 100\%}{\text{Gesamtpopulation (2005)}}$$

Häufig entstammen die Absolutwerte der Erkrankungen aus den Quellen jedoch nicht dem Bezugsjahr 2005, weshalb in diesen Fällen bei der Berechnung auf die Zahl der Gesamtpopulation des ursprünglichen Erhebungsjahres zurückgegriffen wird:

$$\text{Prävalenz (in \%)} = \frac{\text{Anzahl der Erkrankten (Jahr x)} \cdot 100\%}{\text{Gesamtpopulation (Jahr x)}}$$

Erwartungsgemäß ist es nicht für jede übergeordnete Krankheitskategorie möglich, zusammengefasste Prävalenzen zu ergründen. Daher muss im Einzelfall auf die Addition von Teilprävalenzen zurückgegriffen werden. Exemplarisch sei die Gruppe der endokrinologischen und Stoffwechsel-Erkrankungen genannt. Mangels Studien zur gesamtheitlichen Auftretenshäufigkeit in den USA fließen Prävalenzen der häufigsten derartigen Diagnosen, wie die von Diabetes mellitus, Hyperthyreose etc., summiert in die Betrachtung ein.

Aus den Prävalenzdaten lassen sich dann die erwarteten Häufigkeiten für das Auftreten einer bestimmten Erkrankungsgruppe in Abgleich mit dem echten Vorkommen in der Population für die Serien berechnen. Die Kalkulation soll hier am Beispiel der Kategorie

Herz Kreislaufsystem (1) demonstriert werden. Aus der ermittelten zugehörigen Prävalenz, hier 22,72%, ergibt sich die absolute Anzahl der von Herz Kreislauf Erkrankungen Betroffenen in den USA 2005:  $0,2272 \cdot 296,12 \text{ Mio.} = 67,28 \text{ Mio.}$  Diese Zahl wird analog für jede der Gruppen 1-14 ermittelt und in Addition aller vierzehn Werte die Summe aller Erkrankungsfälle errechnet. Die unter „Sonstiges“ (15) verschlüsselten Diagnosen fließen in die Gesamtheit nicht mit ein, da für sie keine Prävalenzdaten erhoben werden können. Die so bestimmte Summe der Erkrankungen beläuft sich auf 754,28 Mio Fälle. Dass sie laut jener Hochrechnung die Einwohnerzahl übersteigt, lässt sich damit erklären, dass Komorbiditäten unberücksichtigt bleiben. Dies entspricht jedoch der Verfahrensweise des Umgangs mit den aus der Serienanalyse gewonnenen Daten, denn dabei gilt eine zweite oder dritte Erkrankung eines Patienten als zusätzlicher Fall. Komorbiditäten sind demnach in der Serienanalyse nicht als solches erfasst. Zum anderen hat die wahre Höhe der Gesamtsumme keinen Einfluss auf die hier analysierte Relation der Diagnosegruppen zueinander. Daher wird für alle Kategorien der Anteil kalkuliert, welchen jede an der Gesamtheit der Fälle einnimmt:

$$\frac{\text{absolute Häufigkeit Diagnosegruppe X (Mio.2005)}}{\text{Gesamtheit der Fälle (Mio.)} \cdot 100\%} .$$

Für die Gattung Herz Kreislaufsystem beträgt wegen:

$$\frac{67,28 \text{ Mio.}}{754,28 \text{ Mio.} \cdot 100\%} \quad \text{dieser Anteil } 8,92\% .$$

Auf der Basis der auf diese Weise erschlossenen Anteile gelingt die Berechnung der serienspezifischen erwarteten Werte eines bestimmten Krankheitskomplexes am Beispiel der Sendung *House* wie folgt:

$$\frac{\text{Anteil Kategorie X an Gesamtheit der Fälle 2005 in } \% \cdot (\text{Summe Fälle } House - \text{Anzahl der Fälle "Sonstiges"})}{100\%} .$$

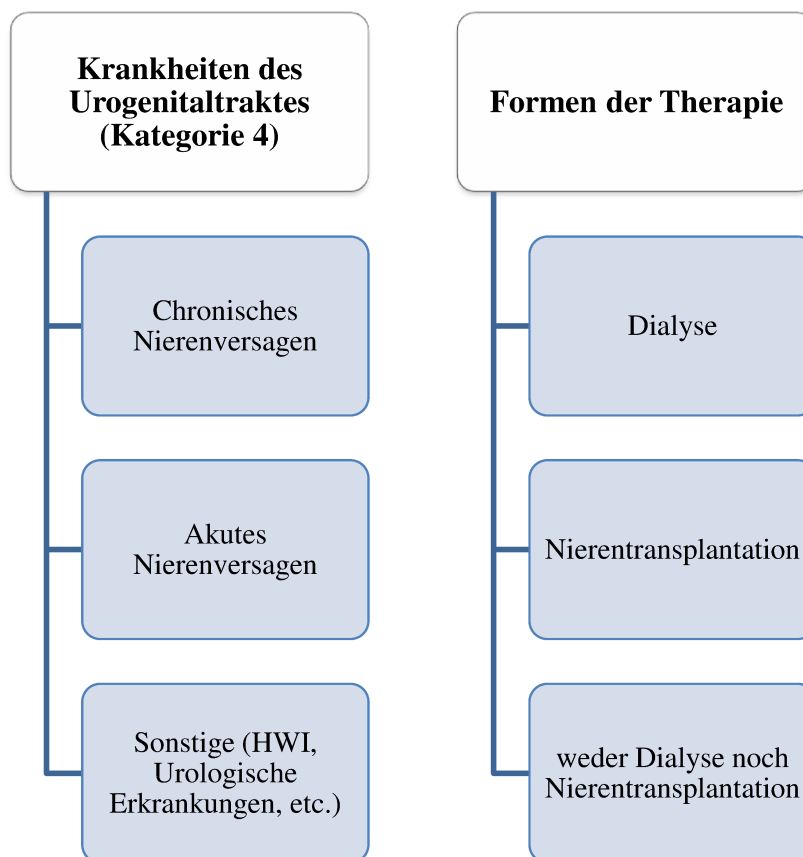
Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Anpassungstests erfolgt eingangs der globale Abgleich aller beobachteten Auftretenshäufigkeiten von Erkrankungen in Relation zu den rechnerisch erwarteten Werten. Diese Methode soll aufzeigen, dass im Gesamtkomplex überhaupt analyswürdige Differenzen zwischen fiktionalen und realen Daten bestehen (T 4).



Im Sinne eines Nachweises signifikanter Verzerrungen dahingehend, welche einzelnen Krankheitstypen in der medialen Darstellung im Vergleich zur Realität besonders häufig oder zu selten Anklang finden, wird ebenfalls der Chi-Quadrat-Test angewendet. Dazu wurde beispielsweise die absolute Häufigkeit und die erwartete Häufigkeit der Diagnosegruppe Herzkreislaufkrankungen (1) der Serie *House* (1) gegen die absoluten und erwarteten Werte aller restlichen Kategorien 2 bis 14 getestet. Dieses Procedere wurde für alle Erkrankungsgruppen 1 bis 14 und jeder der drei TV-Serien separat wiederholt.

#### 4.7 Analyse der Nierenerkrankungen

Für die Betrachtung der Nierenerkrankungen werden für diese weitere Subgruppen eingeführt. Alle fiktionalen Patienten mit der Diagnoseziffer 4 werden demnach erneut nach Arten der renalen Fehlfunktion aufgeschlüsselt. Ob und gegebenenfalls welche Form der Nierenersatztherapie dabei im Fernsehen zum Einsatz kommt, wird zusätzlich ausgezählt und verschlüsselt. Eine Differenzierung erfolgt nach dem in Tabelle 2 abgebildeten Schema:



**Tabelle 2:** Subklassifikation der Diagnosekategorie 4

Für die Subklassifizierung werden dabei folgende Kriterien definiert:

- Alle der mit der Zahl 4 bezifferten Diagnosen werden gemäß der Zielstellung, d.h. der besonderen Betrachtung der renalen Fehlfunktion, subtypisiert
- als Diagnose „Sonstiges“ werden alle Krankheiten des Urogenitaltraktes zusammengefasst, die nicht einem akuten oder chronischen Nierenversagen entsprechen;
- als „Dialyse“ wird die Erwähnung der geplanten (sofern der Patient nicht seine Ablehnung bekundet) oder durchgeführten Dialyse jeglicher Art gezählt, wie auch eine gezeigte Filmsequenz mit Darstellung des Procedere;
- zur Variable „Nierentransplantation“ werden alle gezeigten Transplantationen (gezählt wird lediglich der Empfänger) gerechnet bzw. die Erwähnung einer geplanten NTx, einschließlich Patienten auf Wartelisten, Organspender werden nicht gesondert erfasst;
- der Variablen „weder Dialyse noch NTx“ entsprechen allen Diagnosen der Ziffer 4, bei welchen diese therapeutische Maßnahme entweder nicht erforderlich ist, *oder* aber die Durchführung bzw. Planung dieser nicht ausdrücklich als solches erwähnt wird.

Neben der grafischen Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten der Subgruppen in den jeweiligen Serien steht die statistische Verifizierung der Divergenzen zwischen den drei Serien im Mittelpunkt. Zur Detektion signifikanter Differenzen zwischen absoluten Häufigkeiten global und im interseriellen Vergleich findet der Exakte Test nach Fisher erneute Anwendung. Für beide Variablen, also Art der Nierenerkrankung (T 6, T 7) und Therapieform (T 8, T 9), wird in analoger Weise verfahren. Zunächst werden alle Sendungen auf Unterschiede in den Variablen geprüft (T 6, T 8) und anschließend jeweils zwei Genvertreter einander vergleichend gegenübergestellt (T 7a, T 7b, T 7c; T 9a, T 9b, T 9c). Der Chi-Quadrat-Test T 7a soll beispielsweise mögliche Differenzen zwischen *House* und *Scrubs* hinsichtlich der Verteilungsmuster der drei Typen renaler Fehlfunktion aufdecken.

## 4.8 Hypothesen

Folgenden Hypothesen wurden vor der Analyse aufgestellt und sollten im Rahmen der Untersuchung überprüft werden:

H01: Die Häufigkeiten der dargestellten Erkrankungsgruppen sind in allen der drei untersuchten Serien gleich verteilt (T 1, T 2).

H02: Die Serien weisen keine Unterschiede in den relativen Häufigkeiten einzelner Erkrankungsgruppen auf (T 3).

H03: Die Darstellung der Erkrankungsgruppen, in den Serien entspricht den erwarteten Häufigkeiten, also der Verteilung in der amerikanischen Population (T 4, T 5).

H04: In den Serien ist das Auftreten der drei klassifizierten Subtypen von Nierenerkrankungen gleich verteilt (T 6, T 7).

H05: In den Serien ist das Auftreten der drei klassifizierten Therapieformen renaler Erkrankungen gleich verteilt (T 8, T 9).

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Medienwissenschaftliche und serienanalytische Grundlagen

#### 5.1.1 Medien- und kommunikationswissenschaftlicher Ansatz bzgl. des Einflusspotentials von Fernsehsendungen

Wenn man die potentiellen Einflüsse medizinischer Fernsehserien auf Zuschauer ergründen möchte, erscheint es sinnvoll, sich zunächst allgemeinere Auswirkungen von Television auf Grundlage medienwissenschaftlicher Forschung zu vergegenwärtigen. Diese bilden das Fundament für die Analyse spezifischerer dargestellter Thematiken, wie beispielsweise konkreter Krankheitsbilder. Grundsätzlich sind potentielle Kurz- und Langzeiteffekte zu differenzieren (vgl. **Abb. 4, 5**).

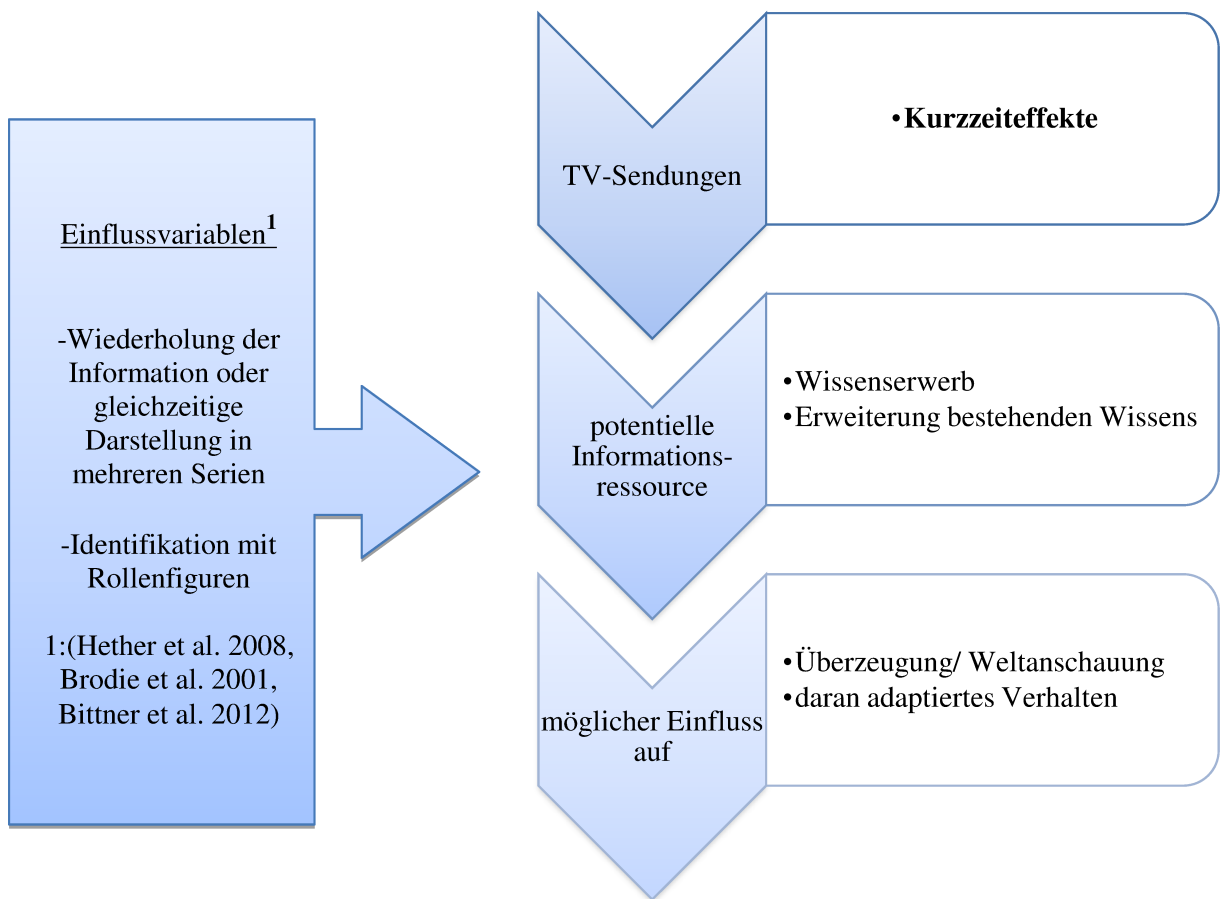
Zu den erstgenannten (vgl. **Abb. 4**) kann man solche Auswirkungen zählen, die einen möglichen, wenn auch nachgewiesenermaßen oft nur vorübergehenden (Brodie et al. 2001) Wissenserwerb für den Zuschauer bedeuten. Gemäß Banduras *Social Cognitive Theory*

(Bandura 2001) könnte sich ein Wissenszuwachs durch observatives Lernen auf Überzeugungen und weiterführend auf das Verhalten der Zuschauer niederschlagen (Hether et al. 2008). Dieser Ansatz findet wiederum in den bereits oben beschriebenen Entertainment Education Kampagnen Anklang.

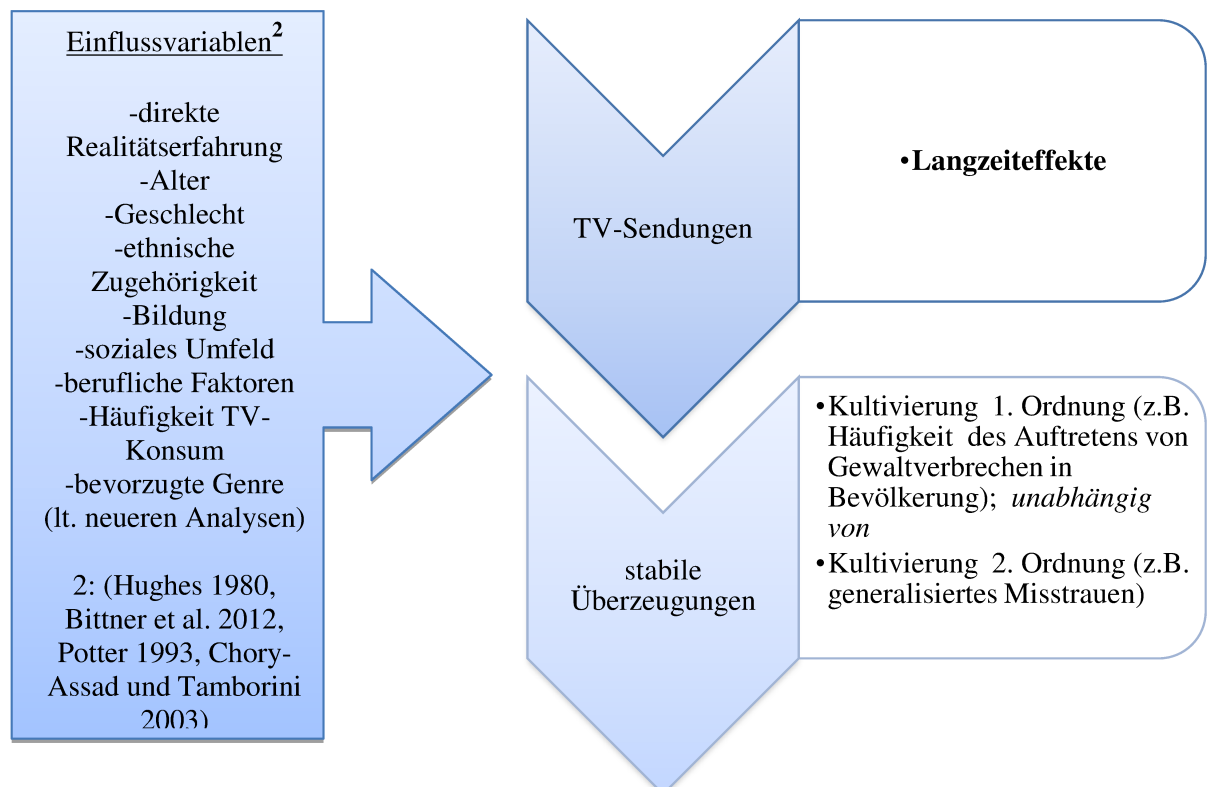
Langzeiteffekte (**Abb. 5**), wie die Ausbildung persistenter menschlicher Überzeugungen auf Basis von TV-Einflüssen, können im Sinne der *Cultivation Theory* (Gerbner et al. 1978) verstanden werden. Diese Hypothese wurde von Gerbner (am Beispiel im TV gezeigter Gewalt und Kriminalität) eingeführt und besagt, dass gleichförmige, kumulative Botschaften im fiktionalen Fernsehen bei Langzeitkonsum zu von der Realität alterierenden Wahrnehmungen und Überzeugungen der Zuschauer führen können. Das heißt, neben den persönlichen werden Erfahrungen aus der Fernsehwelt in die individuelle Realität integriert (Potter 1993). Des Weiteren hätten Wenigseher im Vergleich zu Vielsehern ein realistischeres Einschätzungsvermögen (Potter 1993, Krüger-Brand 2003).

Hawkins und Potter erweiterten die Hypothese, indem sie in Kultivierung erster Ordnung (Häufigkeitsverteilungen von Krankheiten, soziodemografische Daten) als quantitativen und Kultivierung zweiter Ordnung (Wertvorstellungen, Weltanschauungen) als qualitativen Effekt subklassifizierten (Hawkins und Pingree 1980, Hawkins et al. 1987, Potter 1993).

Jedoch scheint die Kultivierungshypothese als alleinige Grundlage dem wesentlich weiterentwickelten Medium Fernsehen und dem veränderten Konsumverhalten des Publikums der heutigen Zeit nicht mehr umfänglich gerecht zu werden. Als Hauptkritikpunkt gilt, dass der ursprüngliche Begriff der Kultivierung sich auf das Fernsehen als Gesamtmedium stützt, d.h. die Integration aller Sendungen und Programme mit Ergebnis einer uniformen und zeitlich konstanten Botschaft voraussetzt. Dies würde jedoch nur möglich sein, wenn entweder jegliches Programm die gleiche Botschaft vermittelt oder aber der Zuschauer jedes TV-Programm zu gleichen Teilen rezipiert. Von Bedeutung ist gegenwärtig nicht mehr nur wie häufig man fern sieht (non-selektiv wie bei Gerbner), sondern daneben in erster Instanz was man anschaut (Dokumentation vs. Actionfilm). Es erscheint somit sinnvoll, Vielseher einzelner Genre genauer zu beleuchten, statt sich lediglich auf programmübergreifende Analysen zu beschränken (Hughes 1980, Bittner et al. 2012). Medizinische Fernsehserien bieten hierfür aufgrund ihrer internationalen Popularität und Mannigfaltigkeit einen besonders geeigneten Rahmen. Wenn deutsche Zuschauer regelmäßig Krankenhausserien ansehen, dann verfolgen sie der Studie von Rossmann (Rossmann 2003) zufolge in der Regel mehrere Vertreter dieses TV-Sektors. Diese Tatsache prädestiniert Krankenhausserien in besonderem Maße zum Aufdecken genrespezifischer Kultivierungseffekte (Bittner et al. 2012).



**Abbildung 4:** Kurzzeiteffekte



**Abbildung 5:** Langzeiteffekte

### 5.1.2 Fernsehanalytische Grundlagen mit Bedeutung für die Arbeit

Zur Detektion von Kultivierungspotential medizinischer Serien oder im weiteren Sinne zu Erfassung von Authentizität und Realismus sollte man sich folgende Zusammenhänge der Fernsehanalyse vergegenwärtigen (**Abb. 6**):



**Abbildung 6:** Zusammenhänge der Fernsehanalyse

Die mögliche Aufnahme von (fachlichen) Informationen aus der Fernsehwelt durch das Publikum basiert also nicht nur auf den Fakten, die medial präsentiert werden. Die Art, wie die Inhalte in die Serien eingebunden sind, manifestiert sich als eine weitere nicht zu vernachlässigende Komponente der Untersuchung (Mikos 2008).

Auch aus film- und fernsehwissenschaftlicher Sicht ist eine auf Serien fokussierte Untersuchung medizinischer Inhalte im Fernsehen sinnvoll. Denn diese gehören laut Faulstich zur quantitativ wichtigsten Form aller fiktionalen Sendungen im TV (Faulstich 2008). Alle drei für die Arbeit gewählten Vertreter lassen sich zur besseren Gegenüberstellung in das Subgenre der Episodenserie einordnen. Jede Folge weist demnach einen abgeschlossenen Handlungsstrang bei relativ gleichbleibendem Personeninventar auf. Da das klinische Personal in der Regel persistiert und lediglich Patientenfiguren episodisch ausgetauscht werden, ist dieser Zusammenhang auf die drei medizinischen Sendungen übertragbar.

Analyse im medienwissenschaftlichen Kontext bedeutet eine Aufgliederung der filmischen Wirklichkeit in Einzelelemente um herauszufinden, woraus sie zusammengesetzt sind.

Zwar sind die medizinischen Inhalte selbst meist Bestandteil der in den Einzelfolgen abgeschlossenen Handlungsstränge, dennoch werden Serien je nach Kenntnissen über das bisherige Geschehen vom Publikum unterschiedlich rezipiert. Das Vorwissen variiert also von Zuschauer zu Zuschauer, wodurch jeder eine etwas andere Geschichte wahr nimmt. Für die Auseinandersetzung mit den Fernsehcharakteren gilt es grundsätzlich zwei Arten, nämlich Handlungs- und Funktionsrollen, zu differenzieren. Als Handlungsrollen gelten solche wie die der Ärzte und Patienten, die zur Narration, d.h. zur Entfaltung der Geschichte im Verlauf,

maßgeblich beitragen (Mikos 2008). In Bezug auf einzelne TV-Rollen wird beim Publikum mit jeder weiteren Episode neues Wissen über die Hauptakteure kumuliert, eine Art Seriengedächtnis bildet sich aus (Faulstich 2008).

Auch diesem medienwissenschaftlichen Analyseprinzip einer eingänglichen Charakterisierung der Protagonisten wird mit Untersuchung der Arztrolle im folgenden Kapitel Rechnung getragen.

## **5.2 Bedeutung medizinischer Fernsehserien für das Arztbild der Zuschauer**

### **5.2.1 Arztimage im Fernsehen**

„Wer kennt ihn nicht, den stets sympathischen, besorgt dreinschauenden Frauenschwarm, der in fast jeder Folge die Infusionsflasche eigenhändig neben dem Krankenbett herschleppt, keine Sekunde zaudert, wenn er zu den unpassendsten Gelegenheiten ins Krankenhaus zu einem vermeintlichen Notfall gerufen wird und obendrein auch immer mit perfekt gestylter Fönwelle dort ankommt“ ; über RTLs *Dr. Stefan Frank - Der Arzt, dem die Frauen vertrauen*; veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 2003 (Witzel et al. 2003).

In der Tat dominieren bis Beginn der neunziger Jahre solche allwissenden „Halbgötter in Weiß“ das Arztbild im fiktionalen Fernsehen. Prototyp dieses früheren Images ist der attraktive unverheiratete, allmächtig anmutende Arzt (McLaughlin 1975, Strauman und Goodier 2008), der als Leiter seiner Klinik für gewöhnlich über alle Krankheiten triumphiert und sich jederzeit den gesundheitlichen und seelischen Belangen seiner Patienten erfolgreich und fürsorglich zuwendet (Chory-Assad und Tamborini 2003, Bittner et al. 2012, Strauman und Goodier 2008, Quick 2009). Neben dieser Stereotypisierung fällt in Analysen auf, dass Schweigepflicht, Behandlungskosten oder Arbeitsbelastungen durch Personalmangel und Bürokratie außerordentlich selten bis gar nicht anklingen (Poleck 2001, Krüger-Brand 2003, Strauman und Goodier 2008).

Die heutige Generation der Quotenärzte liefert hingegen ein ambivalenteres, wenngleich nicht klischeefreies Porträt. Ein zeitlicher Wandel lässt sich insbesondere im Hinblick auf charakterliche Merkmale nachweisen. Mit Beginn der Ausstrahlung von *ER* in den neunziger Jahren zeigen Rollenfiguren wie Dr. Greene (aus *ER*) neben selbstlosem heldenhaften

Handeln zunehmend auch Eigenschaften wie Verunsicherung oder Gefühllosigkeit gegenüber Patienten und Kollegen (Strauman und Goodier 2008). Noch einen Schritt weiter hinsichtlich der Präsentation negativer Charakterzüge von fiktionalen Ärzten gehen die neueren Genrevertreter *Scrubs* und *House*. In diesen wird dem Publikum neben hilflos-chaotischen Nachwuchsärzten bei *Scrubs* (Krüger-Brand 2003), die Probleme beim Aussprechen lateinischer Fachbegriffe haben, und Medikamentenabusus bzw. Gesetzesverstoß bei *House* ein großes Repertoire an Abweichungen vom herkömmlichen Idealbild Arzt geboten. Eine detailliertere Analyse jener drei Krankenhausserien hinsichtlich der präsentierten Arztimages in Gegenüberstellung erfolgt in Abschnitt 5.3.

Die Drehbuchautoren rechtfertigen dem deutschen Ärzteblatt zufolge dieses verzerrte Bild dahingehend, dass tatsächliche und alltägliche Krankenhausabläufe entweder schlichtweg zu wenig unterhaltsam für den Zuschauer wären oder aber eine eher abschreckende Wirkung in Bezug auf Umgang mit Ärzten hätten (Witzel et al. 2003). Wenn Arztfiguren, wie *Dr. Sommerfeld* - Darsteller Rainer Hunhold, dann noch für echte Medikamente werben (Hurth 2004), ist das Verwirrspiel für das Publikum perfekt. Es bleibt daher die Frage, welche möglichen Konsequenzen für Serienliebhaber, auch als potentielle Patienten, aus derartigen fiktionalen Darstellungen der Ärzteschaft resultieren.

### **5.2.2 Die Auswirkungen verzerrter TV-Arztbilder auf den Zuschauer**

Obwohl gegenwärtig nicht mehr nur Happy-End-erzeugende Wunderheiler die Lizenz zum Praktizieren zur besten Sendezeit erhalten, wird die Couragiertheit der TV-Ärzte selten in Frage gestellt (Quick 2009). Durch zahlreichen Studien belegt ist auch, dass oftmals ambivalente oder stereotypisierte Berufsporträts im Fernsehen potentiell weitreichenderen Einfluss auf das Publikum haben. Die Serienhelden vermögen, indem sie positive und negative Seiten einer Profession verkörpern, zum besseren Verständnis eines Berufes beim Zuschauer beitragen (Strauß 2011).

Postuliert wird für Krankenhaussendungen eine Einbindung der Erfahrungen aus der medialen Welt in die Wahrnehmungsweise der realen Ärzte im Sinne eines Kultivierungseffektes (siehe oben). Als indirekt durch diese veränderte Wahrnehmung beeinflusst gilt die Variable Arzt-Patienten-Beziehung hinsichtlich Erwartungen und Vertrauen. Damit stark assoziiert sind dann wiederum Arztkonsultationsverhalten und Patientenzufriedenheit im Allgemeinen sowie mit der Behandlung im Speziellen (Chory-Assad und Tamborini 2003, Bittner et al. 2012, Quick 2009). In zahlreichen Betrachtungen der Thematik erwies sich eben diese Variable der



Patientenzufriedenheit, wie bei Chory-Assad und Tamborini (Chory-Assad und Tamborini 2003), als signifikanter Co-Faktor für die Compliance der Patienten. Die Erfüllung der Ansprüche der Erkrankten wirkt sich indirekt auf deren Outcomes im gesundheitlichen Kontext aus und ist zudem maßgeblich für Behandlungskosten.

Obgleich man die oben genannten Auswirkungskomponenten des TV-illusionsgeprägten Arztbildes zweifelsfrei als solches objektivieren konnte, scheinen die Studien hinsichtlich Art und Ausmaß dieser jedoch eher kontrovers. Quick (Quick 2009) bestätigt in seinen Analysen von *Grey's Anatomy* die Existenz solcher indirekten Effekte auf die Patientenzufriedenheit bestätigen. Er fand heraus, dass regelmäßiges Rezipieren der Serie mehrheitlich mit dem für wahr Befinden der gezeigten Inhalte durch das Publikum einherging. Für diese Gruppe an Zuschauern bedingte die Einstufung von *Grey's Anatomy* als glaubwürdig, dass echte Ärzte als couragierter empfunden wurden. Ein heldenhafteres Image implizierte zudem eine Korrelation mit dem Attribut Patientenzufriedenheit. Jedoch konnten direkte Abhängigkeiten zwischen Serienkonsumverhalten und einem positiveren Bild der realen Ärzte des Publikums im Gegensatz zu Rossmanns Beobachtungen bei Quick nicht identifiziert werden (Quick 2009, Rossmann 2003). Andere Autoren hingegen postulieren einen Frustrationseffekt wegen aus dem TV-Image resultierenden, übersteigerten Erwartungen der Rezipienten (Witzel et al. 2003, Turow und Coe 1985).

Alle im Rahmen der Arbeit reflektierten Analysen kommen aber darin überein, dass die Tragweite der Auswirkungen vom TV-manipulierten Arztimage stets maßgeblich von kognitiver Verarbeitung, anderen medialen Einflüssen (Internet) und am meisten von realen Begegnungen mit dieser Berufsgruppe geprägt wird. Unter Berücksichtigung des letztgenannten Faktors sollten sich Ärzte auf jenes TV-alterierte Bild einstellen und so beispielsweise Visiten zeitlich anpassen, so das deutsche Ärzteblatt 2009 (Tuffs 2009b).

Darüber hinaus haben die Berufskollegen aus dem Fernsehen ebenso potentiell Konsequenzen für angehende Ärzte, denn Medizinstudenten werden als Vielseher medizinischer Serien eingestuft (Weaver und Wilson 2011). Dass die Reflexion der fiktionalen Rollenmodelle sich auf die Erwartungen an den gewählten Beruf sowie Formung und Weiterentwicklung der ärztlichen Identität niederschlagen kann, belegten Weaver und Wilson für australische Medizinstudenten. Ein weiteres Indiz dafür liefert der bemerkenswerte Anstieg an Bewerbern für eine Tätigkeit in der Notaufnahme in den USA mit Beginn der Ausstrahlung von *ER* (Tuffs 2009a).

### 5.3 Analyse und Vergleich dreier Arztfiguren der gewählten Fernsehserien

#### 5.3.1 Dr. Gregory House

##### 5.3.1.1 Allgemeines zu Dr. House

Schon aufgrund seines äußeren Erscheinungsbildes präsentiert sich die Titelfigur der Serie *House* als alles andere als dem konventionellen Typus eines Arztes zugehörig. Dass der unrasierte Mann mit krausem Haar, Jeans, Turnschuhen und Krückstock, der sich stets weigert einen Kittel zu tragen (I-14, Index der Folge einer Serie: römische Zahl gibt Staffel an, Zahl dahinter bezeichnet die Nummer der Episode), Leiter der Abteilung für diagnostische Medizin ist, offenbart sich dem Publikum nicht auf den ersten Blick. Stattdessen gibt jener „Scheißegal-Look“ (Jackman 2011) erste Hinweise auf den übertrieben selbstsicheren, häufig respektlosen und egozentrischen Charakter von Dr. Gregory House. Die einzige dauerhafte zwischenmenschliche Beziehung, die der alleinstehende Individualist freiwillig eingeht, ist die zweifelhafte Freundschaft zum Berufskollegen Dr. Wilson. Jedoch ist sich selbst dieser Onkologe Gregory's mangelnder Sozialkompetenzen bewusst und bezeichnet ihn als „(...) echtes Ekel“ (III-23). Weitere persönliche Züge des Protagonisten sind Zwanghaftigkeit, Widerstand gegen Fremdbestimmung und infantile Besessenheit von Spielen, Objekten und TV-Serien. Wie in allen der drei betrachteten Krankenhausendungen wird auch bei *House* die Rolle der Ärzte kontrastiert mit deren eigenen Erkrankungen (vgl. auch **Tab. 3**), der vermeintliche Lebensretter wird häufig selbst zum Patienten. Beispielhaft passt die augenscheinliche Gangstörung von Gregory House als Folge einer Muskelatrophie des Oberschenkels durch Arterienverschluss (I-21) in dieses Muster. Noch größere Diskrepanz zur eigentlichen ärztlichen Bestimmung der TV-Figur entsteht jedoch angesichts der in nahezu jeder Folge anklingenden Opioid-Abhängigkeit, welche sich aus dem Schmerzmittelbedarf aufgrund des Beines entwickelt hat. Diese Sucht steigert sich über entzugsbedingte Halluzinationen und Wahnvorstellungen bis hin zum notwendig werdenden Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung in Staffel fünf. Fließende Übergänge der Handlungsrollen Arzt vs. Patient werden in genretypischen Konflikten filmisch umgesetzt. So testet Dr. Gregory House das Medikament einer Studie im Selbstversuch um sich danach von den dadurch induzierten Weichteilmalignomen zu befreien, er operiert sich eigenhändig unter Lokalanästhesie.

### 5.3.1.2 Berufliche Identität

Ebenso außergewöhnlich wie die Abteilung für Diagnostische Medizin ist ihr Leiter, der jene Position trotz viermaliger Kündigung (II-3) einnimmt. Dies verdeutlicht den heroischen Status von Dr. House im *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital*, denn jegliche seiner Missachtungen von Autoritäten, wie beispielsweise der Vorgesetzten Dr. Cuddy, wird im Zuge seiner fachlichen Unantastbarkeit geduldet. Eine nahezu komplette Ignoranz der im Krankenhaus und Arztberuf geltenden Regeln ist die Maxime seines professionsbezogenen Verhaltens. In dieses unkonventionelle Bild passen auch Therapien, wie das Rezeptieren von Rauchen zur Antiinflammation (I-5). Dr. House ist spezialisiert auf die Fachgebiete Nephrologie und Infektiologie. Als wenig professionell ist einzuschätzen, dass House aus all dem „Hufgetrappel“ lediglich den „Zebras“ (Holtz 2006), also den komplexen medizinischen Fällen unter allen Diagnosen Bedeutung beimisst. Ambulanzdiensten mit der Fülle von alltäglichen Erkrankungen aber begegnet er angewidert und gelangweilt. Im Kontrast dazu steht die herausragende fachliche Genialität des TV-Helden. Dem Zuschauer wird ein Arzt präsentiert, der jede kleinste physische Veränderung seines Gegenübers registriert (Dr. Foreman über Dr. House, IV-15). Er hat den sprichwörtlichen „diagnostischen Blick“ und ist damit an Brillanz und Schnelligkeit von Berufskollegen kaum zu übertreffen. Zwar gelingt es ihm mühelos vier ambulante Patienten binnen drei Minuten zu diagnostizieren (I-12), der Preis dafür ist jedoch eine völlige Vernachlässigung dieser als Menschen über die Diagnose hinaus. Das fachliche Genie Dr. House, welches zudem über ein herausragendes medizinisches Gedächtnis (z.B. I-7) verfügt, demonstriert dem Publikum am laufenden Band alle Facetten von Respektlosigkeit im Arztberuf (Czarny et al. 2010). Er achtet weder die im Krankenhaus allgemein gültigen Regeln noch die Patienten selbst. Diese lehnt der Nephrologe generell ab und meidet, wann immer möglich, alle Arten des Kontaktes mit ihnen, denn „(...) jeder Patient lügt.“ (Dr. House, I-1). Somit sind ihm partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) ein Fremdwort und die Autonomie der Erkrankten völlig gleichgültig. Noch greifbarer wird diese Entwürdigung, wenn Gregory House Patientenverfügungen bedenkenlos übergeht (I-9). Seine Gespräche mit Patienten sind geprägt von Paternalismus, Herablassung und Gefühlslosigkeit, wobei sie vielmer an Kreuzverhöre erinnern, anstelle von anteilnehmendem Zuhören. Eine wichtige Komponente der realen ärztlichen Tätigkeit ist die körperliche Untersuchung. Jedoch widersetzt sich der Quotenheld

wann immer möglich auch dahingehend den geltenden Konventionen, indem er diese Aufgabe Kollegen aufzwingt oder der Patient sich sogar selbst untersuchen muss (III-12). House bevorzugt es, stattdessen das (häusliche) Umfeld der Erkrankten zu examinieren. Von Vermeidung geprägt ist auch sein Verhalten gegenüber Angehörigen der Patienten. Wenn er sich nicht gerade als MTA ausgibt (V-4) um diesen zu entgehen, empört der Infektiologe die Angehörigen mit seiner direkten unsensiblen Art: „Tut mir leid, aber ich brauche das Herz Ihrer Frau!“ (Dr. House II-14).

Im klinischen Umfeld begegnet der TV-Arzt weder Studenten noch Pflegepersonal mit Respekt (II-6). Das anmaßende Verhalten von Dr. House macht jedoch auch vor seinen ärztlichen Kollegen und Vorgesetzten nicht Halt. Anzügliche Stichelei, Schikanierung und Beschimpfung sind die Regel im Umgang mit anderen Mitarbeitern und steigern sich bis hin zu gewaltsamen Übergriffen. Dass Gregory House ein mehrere Wochen dauerndes Probearbeiten arrangiert, bei dem sich die Bewerber gegenseitig manipulieren und ausstechen sollen, passt ebenso in dieses Verhaltensmuster wie das Ohrfeigen des Arztes Dr. Chase (III-9). Aufgrund jener mangelnden Teamfähigkeit versieht Holtz ihn mit dem Titel „Solo Practitioner“ (Holtz 2006). Dass Holtz Recht behält, zeigt exemplarisch der folgende Konflikt zwischen der Titelfigur und einem Chirurgen der Klinik: Der Individualist fordert vom Kollegen, den er wegen des Wissens um dessen Liebesaffäre erpresst, eine illegale Lebertransplantation bei einem seiner Patienten. Der so unter Druck geratene Chirurg führt die Operation durch, wird am Ende aber dennoch von Dr. House verraten. Sein degeneriertes Sozialverhalten am Arbeitsplatz basiert auf kindlichem Egoismus, denn für die Durchsetzung seines Willens ist ihm kein Preis zu hoch.

Eine Synthese aus Bewunderung und Abscheu prägt das Bild der Kollegen vom Leiter der Abteilung für Diagnostische Medizin. Der Anerkennung fachlicher Fähigkeiten, vor deren Hintergrund die anderen Ärzte den Vorgesetzten in Schutz nehmen und sogar seine Suchterkrankung verharmlosen (I-11), steht eine Abneigung gegenüber.

Als symbolhaft für die Rollenfigur ergibt sich in der Analyse auch der Begriff der Grenzüberschreitung. Im gesetzlichen Kontext schlägt sich dies in einer Anhäufung von Verstößen gegen das Recht nieder. Einbrüche, Diebstähle, Fälschung von Patientenakten (I-18) und Missachtung der Meldepflichten bestimmter Krankheiten (II-13) zählen noch zu vergleichsweise harmlosen Delikten. Der Zuschauer wird zudem mit unzähligen diskussionswürdigeren Gesetzesverstößen, wie der Missachtung der Transplantationsrichtlinien (I-14) und der Beihilfe zum Suizid (III-7) konfrontiert. Diesen legeren Umgang mit dem geltenden Recht fordert der Chef gleichwohl von den Mitgliedern

seines ärztlichen Teams, denn auch sie sollen Einbrüche begehen und Leichen exhumieren (IV-4). Nicht weniger zur Reflektion durch das Publikum anregen dürften die moralischen Grenzüberschreitungen. Dazu gehört die Ablehnung „uninteressanter Fälle“ ebenso, wie die religionsfeindlich anmutende Wette Dr. House vs. Gott (II-19). Der TV-Arzt schreckt vor medizinischen Experimenten an komatösen Patienten nicht zurück (II-12). Gegen ihren Willen veranlasst Gregory House einen Chorea Huntington DNA-Test bei Dr. Remy Hadley (IV-8), ein Paradebeispiel für ein aus ethischer Sicht folgenreicheres Fehlverhalten. Die berufliche Identität von Dr. House ist zusammenfassend als auf ganzer Linie unkonventionell zu bewerten. Seiner fachlichen Allwissenheit und damit verbundener gewisser Vorbildfunktion steht ein gravierender Widerspruch gegenüber. Er ist ein Arzt, der das medizinische Rätsel als solches fokussiert, die Patienten dahinter sind ihm gleichgültig: „Dass sie ex geht, war klar und Dank mir, weiß sie jetzt auch wieso!“ (Dr. House, VII-22).

### **5.3.1.3 Dramaturgische Umsetzung der Rollenfigur Dr. House**

Ein Bestandteil der dramaturgisch konstruierten Arztfigur ist wie üblich ein konflikterzeugender Wechsel zwischen sozialen Handlungsrollen. Auch bei Gregory House steht die Position als Leiter der Abteilung für Diagnostische Medizin und medizinisches Genie zu anderen im Kontrast. Dazu gehören solche wie die Rolle des selbst an Sucht- und Schmerzerkrankung leidenden oder des sozial inkompetenten Egoisten.

Das empathische Feld zwischen Zuschauer und Figur wird in beachtlichem Maße durch die Bewunderung seiner diagnostischen Fähigkeiten entfaltet. Auch mögen ihn viele Berufskollegen um seine, durch den Sonderstatus im Krankenhaus mögliche, Direktheit beneiden. Was Dr. House sagt bzw. denkt, dürfen reale Ärzte normal nicht aussprechen. Dennoch ist er weder Engel noch Teufel (Jackman 2011), eben eine polarisierende TV-Gestalt: er kennt weder Namen noch Schicksal der Patienten, aber er rettet ihr Leben. Vom Publikum geforderte moralische Orientierung, um den Titelhelden sympathisch zu finden, ist demnach eine Offenheit für Unkonventionalität. Bobbin Bergstrom bringt treffend zum Ausdruck, was womöglich viele der *House*-Fans denken: „Ich würde mich lieber von einem Arschloch behandeln lassen als von jemandem, der mir den Rücken tätschelt und sich irrt!“ (Jackman 2011). Im Hinblick auf die gestalterische Umsetzung erhält die Figur besonders durch die an sie gekoppelten Ausstattungselemente wie Stock und Turnschuhe persönliche Züge. Darüber hinaus verleihen die Produzenten der Serie ihrer Titelfigur eine individuelle, von Sarkasmus und Trockenheit geprägte Art von Humor, welche mittlerweile unter dem

eigens eingeführten Begriff „Housism“ (I-Disc 6, Extras) bekannt ist. „Housism“ kann im weiteren Sinne als Symbol für House-typisches Benehmen verstanden werden und steht auch für eine Eigenschaft, das Gegenüber immer aufs Neue zu überraschen.

Von dramaturgischer Bedeutung ist darüber hinaus die Untersuchung möglicher störender Inkongruenzen zur echten Star-Identität des Schauspielers Hugh Laurie (Dr. House in der Serie). Jedoch ist die Wahrscheinlichkeit für derartige Empfindungen beim Zuschauer zumindest in Deutschland als gering einzustufen, da Laurie hier im Wesentlichen nur durch die Rolle jenes TV-Arztes bekannt ist.

#### **5.3.1.4 Gesamtbild und Schlussfolgerung**

Das dem Publikum der Serie *House* mit dem Titelhelden präsentierte Arztimage lässt sich mit dem Sinnbild einer Waage gut veranschaulichen. Einer an Intelligenz, fachlicher Begabung und besonderer Art von Humor reichlich gefüllten Schale steht eine durch fehlende soziale Kompetenzen, Medikamentenabhängigkeit und Anarchismus beladene andere gegenüber. Welche der Schalen wann schwerer wiegt, entscheidet der Zuschauer dabei für sich ganz individuell. Während Dr. House selbst sich als „Genie“ (Dr. House, I-12) betitelt, findet die gängige Literatur davon alternierende Vergleiche. Neben den bereits beschriebenen Parallelen zu Sherlock Holmes (Holtz 2006) wird der mit Götterkomplex behaftete (Tapper 2010) „Anti-Held in Weiß“ (Bittner et al. 2012) ebenso als „Anti-Ideal“ hinsichtlich bioethischer Normen verstanden (Holtz 2011). Auch im Fernsehen selbst gibt es negativ anmutende Vergleiche wie etwa „Dr. Hinkebein“ (Patient über Dr. House, II-23) oder „Dr. Mengele“ (Dr. Cuddy über Dr. House, I-1). Selbst für den befreundeten Dr. Wilson ist House der Arzt mit dem „Zauberwürfelkomplex“, dem es lediglich darum ginge, das Puzzle zu lösen (Dr. Wilson über Dr. House, I-9). In der genreverwandten Sendung *Scrubs* wünscht man sich „ein Superheld wie Dr. House würde einfach auftauchen“ (J.D., *Scrubs* VI-4), worauf hin der Serienarzt Dr. Cox hinkend mit Stock und Turnschuhen um die Ecke biegt. Diese Parodie verdeutlicht, dass mit Dr. Gregory House wahrlich eine vielgestaltige fiktive Berufssikone geschaffen wurde.

Jedoch ist für das generell von *House* vermittelte Arztbild die Integration aller in dieser Sendung präsentierten TV-Mediziner bedeutsam. Das gesamte Team unter Dr. Gregory House erweist sich bei der Analyse als einer elitären Liga zugehörig: Es handelt sich um außergewöhnlich attraktive Ärzte, die mit schier unbegrenztem Wissen in nahezu jedem fachlichen Bereich glänzen, sei es in Labormedizin, Operation oder jeglicher Form der invasiven Diagnostik. Was die derartige (Hyper-) Intelligenz in allen medizinischen

Teilgebieten und den unerschöpflichen Einsatz der Doktoren über geltende Regeln hinaus für die Diagnosefindung und damit Genesung des Patienten anbelangt, liefert *House* ein idealisiertes Image. Dieses wird von Bittner als eine Art überspitzter Rückfall in das alte ärztliche Rollenmodell der achtziger Jahre beschrieben (Bittner et al. 2012). Im Hinblick auf die Unabhängigkeit und Brillanz der TV-Mediziner behält die Studie Recht. Auf der anderen Seite liefert die Krankenhausserie manifeste Divergenzen zu dem traditionellen Musterbild Arzt. Die Mitglieder der Abteilung für Diagnostische Medizin des *Princeton-Plainsboro* agieren wohl mehr nach dem Prinzip der Selbstverwirklichung, statt beruflich wünschenswerter Humanität. Steht nicht die Heilung der Erkrankten im Schatten der Diagnosefindung, so sind es die experimentellen Therapieversuche oder die Arzt-Patienten-Beziehungen fraglicher Struktur, die diese These bestätigen. Noch einen Schritt weiter weg vom Idealbild gehen die im Fernsehen nicht sanktionierten Normen- und Gesetzesverstöße.

Als fachgebietsspezifischer Aspekt, welchen die Serie den Zuschauern durch die TV-Mediziner vermittelt, kann die stets interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams verstanden werden. Die fachliche Komposition aus Immunologin (Dr. Cameron), Internistin (Dr. Hadley), Neurologe (Dr. Foreman), Intensivmediziner (Dr. Chase), plastischem Chirurg (Dr. Taub), Sportmediziner (Dr. Cutner) und Nephrologe/Infektiologe (Dr. House) suggeriert dem Publikum die wichtige Rolle der ärztlichen Spezialisierung in der Medizin.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie das von *House* dargebotene Arztimage sich in Bevölkerungsgruppen mit realem Krankenhaus-Kontakt manifestieren könnte. Studenten der Humanmedizin sehen sich möglicherweise zu einer bewussten Reflexion über den Tenor einer Arzt-Patienten-Beziehung veranlasst um diese als eine Art Negativbeispiel als Anregung für eigenes Handeln bzw. Ressource für die Ausbildung zu erleben. Dagegen steht die Gefahr einer potentiellen Aneignung House-ähnlicher ungünstiger Charakterzüge durch die angehenden Ärzte. Dr. House wirkt auf die echte Krankenhausärzteschaft wohl eher polarisierend. Für einige reale Berufskollegen bietet der Titelheld ein Identifikationsmedium. Neben übermenschlichen fachlichen Kompetenzen vermag die Rollenfigur beneidenswerterweise in seinem fiktiven Milieu auszusprechen, was wohl so mancher Arzt gelegentlich im Stillen denkt. Auch können die virtuellen Mediziner in *House* jede noch so teure modernste Diagnostik und Untersuchung ohne Rücksicht auf Kosten und Indikation bedenkenlos dort zum Einsatz bringen, wo den realen Kollegen oft die Hände gebunden sein mögen. Dennoch ist anzunehmen, dass viele Mediziner jene Art des Umgangs mit den Erkrankten ebenso negieren wie das unwirtschaftliche Arbeiten des TV-Krankenhausteams.

Für die „echten“ Patienten einer Klinik mag ein ärztliches Verhalten, wie es in der Sendung präsentiert wird, abschreckend oder gar beängstigend wirken. Aber möchte nicht jeder schwer Erkrankte insgeheim von einem solch heroischen Doktor (in letzter Sekunde) gerettet werden (Holtz 2011)?

### **5.3.2 Dr. Mark Greene**

#### **5.3.2.1 Allgemeines zu Dr. Greene**

Der Zuschauer der Krankenhausserie *ER* macht im Vergleich zu *House* Bekanntschaft mit einem ganz anderen Typus Arzt. Der freundliche Dr. Mark Greene, als eine der zentralen Rollenfiguren, mutet bereits auf den ersten Blick weniger außergewöhnlich an als die Berufskollegen des *Princeton-Plainsboro*. Mit seinem unauffälligen Äußeren und der Nickelbrille wirkt er vielmehr wie ein Mensch des alltäglichen Lebens. Gutmütig wie sich der seinen Beruf über alles liebende Mediziner präsentiert, dabei nicht selten mit dem gewissen „Hundeblick“ drein schauend, vermag das Publikum schnell mit dem Chef der Notaufnahme des *Cook County General Hospitals* zu sympathisieren. Dies geschieht womöglich auch, weil die Leidenschaft zum Arztberuf als Kern der Figur durch diese in allen Facetten auch nach außen getragen wird. Obwohl Dr. Greene im Verlauf der Sendung zweimalig verheiratet ist und aus diesen Ehen zwei Kinder (Töchter Rachel und Ella) hervorgehen, bietet der klinische Alltag dem Familienleben fast regelhaft die Stirn. Einen solchen Spagat versucht der Oberarzt aufopferungsvoll zu meistern. Als zu den Überstunden-beladenen Schichten in der Klinik die häusliche Pflege des an Lungenkrebs erkrankten Vaters hinzukommt, sieht Greene sich im Dienste seiner (moralischen) Verpflichtungen gegenüber Arbeit und Familie an den Rand seiner körperlichen und seelischen Kapazitäten gedrängt. Statt seinen Hobbies Joggen und Golfen opfert der TV-Mediziner auch seine freien Tage der ZNA (I-13). Freundschaftliche Beziehungen, wie die zu Dr. Doug Ross, Dr. Suzan Lewis und Krankenschwester Carol Hathaway, reduzieren sich auf das Umfeld der Notaufnahme. Darüber hinaus haben eine Affäre mit Kollegin Cynthia Hooper wie auch seine zweite Ehe mit Chirurgin Dr. Elizabeth Corday dort ihren Ursprung.

Ganz im Gegensatz zu Dr. House ist Greene ein im Handeln überlegter sowie selbstkritischer Arzt, der mitfühlen (z.B. XV-7) und selbst Emotionen zeigen kann. Jene weichenen Züge kommen nach einem bewaffneten Überfall während des Krankenhausdienstes auf den



Notfallmediziner durch Angehörige eines Patienten eindrücklich zum Tragen. Von anhaltenden Angstzuständen und Schlafstörungen als psychischen Nachwirkungen des Angriffs gepeinigt, die Dr. Greene mit Codein zu bekämpfen versucht, kauft er sich eine eigene Schusswaffe. Nachdem er damit im Zuge seiner Ängste selbst einen Jungen bedrohte, wirft er diese unter Wahrnehmung seiner eigenen Identitätskrise in den Fluss (III-22). Die Verletzlichkeit und Menschlichkeit des täglich Leben rettenden Rollenmodells spiegelt sich ebenso im Kampf gegen dessen Krebserkrankung wider. In Staffel VII (VII-7), tragisch nuanciert durch die zeitgleich festgestellte Schwangerschaft der Ehefrau Elizabeth, wird der Figur die Diagnose eines im Gehirn befindlichen Glioblastoms gestellt. Nach initial erfolgreicher Therapie erleidet der Protagonist wenig später ein Rezidiv (VIII-15) und verweigert sich schließlich der Chemotherapie (VIII-18). Der zutiefst bewegte Zuschauer sieht einen TV-Helden, der sein Leben in den Dienst der Heilung anderer gestellt hat, in schicksalhafter Märtyrer-Manier vor der eigenen Erkrankung kapitulieren.

### **5.3.2.2 Berufliche Identität**

Dr. Greene ist, wie Dr. House auch, ein Arzt in Führungsposition, dessen berufliche Genialität selten in Frage gestellt wird. Als leitender Oberarzt (ab I-14) der ZNA des Lehrkrankenhauses Chicago behält er auch in brenzligen Notfallsituationen dank seiner routinierten Professionalität den Überblick wie auch die erforderliche Ruhe und überträgt diese auf andere Kollegen. Mark Greene, mit dem besonderen Gespür für die Belange seiner Patienten, hat Vorbildcharakter für sein Team: „(...) der Papst und du, ihr seid beide unfehlbar!“ (Dr. Ross über Dr. Greene, II-13). Im Verlauf der Serie werden ihm jedoch durchaus menschliche Fehler zugestanden. So übersieht der Chef des medizinischen Notdienstes (ab VII) beispielsweise einen Fall von Präeklampsie (II-13), ein Kunstfehler, der sogar eine Anklage nach sich zieht. Der Umgang mit seinen Patienten ist geprägt von Vertrauen und Respekt (z.B. VIII-20) wie auch dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung. Gleichzeitig steht er den Erkrankten als ehrlicher objektiver Berater zur Seite. Dieser Tenor spiegelt sich auch bei der häufig szenisch dargestellten körperlichen Untersuchung wider. In stets gründlicher und rücksichtsvoller Durchführung pflegt Dr. Greene währenddessen mit seinen Patienten freundlich zu sprechen (III-9). Ebenso wertschätzend gestaltet der TV-Arzt die Interaktion mit Angehörigen. Nicht selten nimmt der Notfallmediziner in dieser Beziehung eine Vermittlerrolle ein oder aber wählt sogar eine den Patienten verteidigende Auflehnung gegen dessen Familienmitglieder. Dass der Oberarzt einen Sohn vor dem aggressiven Zorn

des Vaters schützt, indem er ihm das Motorrad, die Ursache eines Verkehrsunfalls, abkauft (II-13), verdeutlicht die Mehrdimensionalität dieser Aufopferung. Eine solche Bindegliedfunktion nimmt Dr. Greene auch im kollegialen Umfeld wahr. Trotz seiner respektvollen, häufig freundschaftlich gestalteten Beziehung zu den Mitarbeitern (auch dem Pflegepersonal) scheut sich der Leiter der ZNA nicht davor, in Krisensituationen couragiert den Platz auf der „Kommandobrücke“ (Dr. Ross über Dr. Greene III-9) einzunehmen. Im Verantwortungsbewusstsein gegenüber Patienten und Abteilung erarbeitet er hierfür exemplarisch in einer Episode strikte Notfalldienstpläne, wenngleich er sich des daraus resultierenden Unmutes einiger Berufskollegen bewusst ist (III-9). Darüber hinaus steht der Lehrarzt als Berater und Ansprechpartner Medizinstudenten, wie dem jungen John Carter (I-14), kompetent zur Seite. Das so konstruierte Charakterbild eines idealen Arztes schlechthin hat auch vor seinen restlichen Klinikkollegen des *Cook County General Hospitals* bestand. Am eindrucksvollsten zeigt sich die Hochachtung der Mitarbeiter ihm gegenüber in der Szene, als diese zutiefst betroffen und traurig einen letzten, kurz vor seinem Tod verfassten Brief von Mark Greene erhalten (VIII-20). In Diskrepanz dazu stehen im Dienste der Authentizität in der Figur angelegte Makel, die sich in moralischen und gesetzlichen Grenzüberschreitungen offenbaren. Dazu gehören Delikte wie die Fälschung von Akten eines Erkrankten mit Migrationshintergrund, dessen Abschiebung der Protagonist dadurch verhindern möchte (V-17). Hier tritt der „Vorzeige-Arzt“ auf Kosten klinischer Dokumentationspflichten als „Anwalt“ seines Patienten bedingungslos für dessen Belange ein. Als noch tiefgreifendere Opposition gegen das ärztliche Berufsethos mag das Publikum wohl Greenes heimliche Verweigerung der Reanimation eines Serienmörders empfinden (VII-22). Eine solch authentisch wirkende Ambivalenz des TV-Helden zwischen eigenen moralischen Idealen und hippokratischem Eid ist realen Ärzten vermutlich nicht fremd. Der aufmerksame Zuschauer jedoch wird die bedingungslose Aufopferung des Notfallmediziners für den Beruf im Abbild eines trotz zeitgleich laufender Infusions-Chemotherapie den Dienst in der hektischen ZNA verrichtenden Arztes kaum verkennen.

### **5.3.2.3 Dramaturgische Umsetzung der Rollenfigur Dr. Greene**

Analog zu anderen Genrevertretern agiert die aus *ER* gewählte Arztfigur in diversen sozialen Handlungsrollen, was zur Erzeugung narrativer Spannungen führt. Im Sinne eines Autoritätskonfliktes sind daher Anschuldigungen von Dr. Ross gegen seinen fordernden Chef zu verstehen: „Du hast Liebeskummer und den lässt du an uns aus!“ (Dr. Ross zu Dr. Greene,

III-9). Hier kollidieren Greenes freundschaftliche Beziehungen zu seinen Kollegen mit der Funktion als leitender Oberarzt der ZNA. Ähnlich kontrovers begegnen sich Familienvaterrolle und die an den Arztberuf gebundene Minimierung der dienstfreien Zeit.

Wenngleich sich in der Serie kaum Angebote zur parasozialen Interaktion finden, mag es dem Zuschauer aufgrund der vorbildhaften, dennoch mit menschlichen Fehlern behafteten Gestaltung der ärztlichen Figur leicht fallen, ein empathisches Feld mit Dr. Mark Greene aufzubauen. An das Publikum werden somit hinsichtlich der moralischen Orientierung keine besonderen Anforderungen gestellt um diesen augenscheinlich liebenswerten Charakter sympathisch einzuschätzen. Faktoren wie Kittel und Stethoskop als fast nie abgelegte Ausstattungselemente tragen zur Illustration der lebensumfassenden beruflichen Pflicht bei. Äußerst selten konturieren im Zuge eines realistisch geprägten dramaturgischen Fundaments Attribute wie Musik oder Komik die Dramenfigur.

#### **5.3.2.4 Gesamtbild und Schlussfolgerung**

Das durch die Figur des Dr. Mark Greene geschaffene Image, kann unter gewissen Gesichtspunkten als authentisches Idealbild eines kompetenten Arztes gewertet werden. So mancher Patient würde in Realität wohl gern den eigenen Doktor durch einen fürsorglichen Helden wie Greene ersetzen. Jedoch tritt dem Zuschauer in *ER* mit „Dr. Nice Guy“, wie er in der Literatur bezeichnet wird (Varmus 2001), keineswegs ein „Halbgott in Weiß“ entgegen. Vielmehr handelt es sich um einen, durch Symbiose aus von fachlicher Souveränität wie auch menschlicher Schwäche und Entgleisung geprägten Charakters, der u.a. in der ersten Ehe und an der eigenen Krankheit scheitert.

Ein solches Berufsportrait wird durch nahezu alle ärztlichen Rollen in *ER* gezeichnet. Die TV-Ärzte der Sendung *ER* sind allesamt übermäßig engagierte Mediziner, die ihren kräftezehrenden Beruf in der hektischen ZNA lieben und die eigenen Bedürfnisse häufig hinter denen ihrer Patienten positionieren. Im Zuge dessen werden nicht nur jegliche Freizeit, sondern auch eigene finanzielle Mittel für die Erkrankten geopfert. Dies wird deutlich, als Dr. Carter zum Serienfinale hin eigenständig ein Krankenhaus eröffnet (XV-22). Mit der durch die Serie reflektierten Haltung, das ärztliche Metier als Berufung zu verstehen, mögen sich viele echte Kollegen identifizieren.

Deviationen vom ärztlichen Idealbild klingen auch hier in eigenen Erkrankungen der Mediziner an (vgl. auch **Tab. 3**), die sogar meist in eine Gruppe der Tabu-belasteten Krankheiten fallen. So sind auch die Mitarbeiter des Lehrkrankenhauses Chicago nicht vor

AIDS (Arzthelferin Jeanie Boulet), Medikamentenabhängigkeit (Dr. John Carter) oder Krebserkrankung (Dr. Greene) gefeiert. Außerdem existieren neben der professionellen und sozialen Perfektion des Dr. Greene auch weniger kollegiale (Dr. Romano) und unerfahrenere Mitglieder des ärztlichen Ensembles. Zu letzteren zählen Assistenzärzte und Studenten, wie beispielsweise John Carter, Abigail Lockhart, Neela Rasgotra und Michael Gallant, deren anfängliche fachliche Unbeholfenheit ungeschminkt thematisiert wird (z.B. I-1). Die Reduktion der Privatsphäre auf ein ständiges Streben nach beruflicher Expertise zieht jedoch nicht nur für die Nachwuchskollegen oft ein Scheitern in außerdienstlichen persönlichen Beziehungen nach sich. Das Schicksal der jungen TV-Kollegen bietet Studenten und Berufsanfängern womöglich eine Basis zur Identifikation wie auch Reflexion und Abgrenzung eigener Erfahrungen.

Durch Rezeption der Serie erhält das Publikum eine Vorstellung vom Fachgebiet der Notfallmedizin als eine stressige, oftmals spannende und vielseitige medizinische Disziplin. Die Rolle des Studenten John Carter trägt dazu maßgeblich bei. Für den angehenden Arzt ist das Berufsbild so erstrebenswert, dass er bereit ist, für einen Wechsel in die notfallmedizinische Ausbildung auf jegliches Gehalt zu verzichten. Außerdem verdeutlicht die Serie, dass nur in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit, beispielsweise mit Chirurgen (Dr. Corday, Dr. Romano) oder Pädiatern (Dr. Ross), eine optimale Betreuung der Patienten in der ZNA gewährleistet werden kann.

### **5.3.3 Dr. Percival Cox**

#### **5.3.3.1 Allgemeines zu Dr. Cox**

Eine der wichtigsten ärztlichen Hauptrollen aus *Scrubs* (I-IV) ist der Leiter der Internistischen Station des *Sacred Heart Hospital* Dr. Percival „Perry“ Cox. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den beiden ebenfalls Führungspositionen einnehmenden gewählten Figuren der anderen beiden Serien wird hier nicht auf den Assistenzarzt John Dorian zurückgegriffen, wenngleich er einer der wichtigsten Akteure bei *Scrubs* ist. Zwar ähnlich individualistisch (III-15) agierend wie sein Kollege Dr. House, wird für das Publikum bereits nach wenigen Sätzen des Akteurs augenscheinlich, dass auf der Ebene des Sarkasmus und Zynismus mit der Figur des Dr. Cox eine gesteigerte Dimension erreicht werden soll. Das Krankenhaus wird in dieser Serie förmlich zur Bühne für den narzisstischen Mediziner: Mit krausen, nach oben stehenden

Locken, weit aufgerissenen Augen und einzelne Wortsilben übertrieben in die Länge ziehend, untermalt der Arzt seine schier endlosen Monologe mit unvergleichlich intensiver Mimik. Bei diesen metaphorisch ausgeschmückten, meist Berufskollegen degradierenden Vorträgen handelt es sich um das Hauptcharakteristikum der Figur schlechthin. Neben jenen rhetorisch ausgefeilten, nahezu neurotisch anmutenden Auftritten ist das zwischenmenschliche Auftreten des Protagonisten häufig von Gefühlskälte und Distanziertheit geprägt. Trotz seiner nahezu arroganten Art steckt hinter der „harten Schale“ oftmals ein „weicher Kern“. Zu jener sensibleren Seite des Charakters passt der Umgang mit seinen Kindern John (III) und Jennifer Dylan (VI). Die Mutter der Kinder ist die Ex-Ehefrau von Dr. Cox Jordan Sullivan. Zu Sullivan, der Aufsichtsrätin des Krankenhauses, unterhält der TV-Arzt während der gesamten Serie wechselnde Beziehungen. Freundschaften, falls nicht mit Kollegen (z.B. VII, Dr. Kelso), spielen für den durchtrainierten Sportfan im Zuge seiner beruflichen Hingabe eine untergeordnete Rolle. Ganz in Diskrepanz zu seinem Metier schwingen in der Arztrolle des Dr. Percival Cox jedoch ebenso ein übermäßiger privater Alkoholkonsum und eigene psychische Krankheit mit. Dennoch entgeht auch der ratgebende fachliche Kollege dem herablassenden Spott des selbst bei Erkrankung von sich überzeugten Cox nicht, der Psychiater wird als „Wackeldackel“ abgestempelt (II-15). Hinsichtlich eigener Gebrechen weisen demzufolge erstaunlicherweise alle der drei gewählten ärztlichen Charaktere House, Greene und Cox ähnliche Formen von Erkrankungen auf (vgl. auch **Tab. 3**).

### 5.3.3.2 Berufliche Identität

Der couragierte Stationsarzt der Internistischen Abteilung des *Sacred Heart Hospital* erfährt im Verlauf der Sendung einen Aufstieg zum Oberarzt (ab III-9) bis hin zum Chefarzt (ab VIII). Als Leiter und Koordinator behält er in der Klinik auch bei schwierigen Fällen den Überblick (V-20). Die bedeutungsvollste Funktion des herausragenden Diagnostikers, sowohl in beruflicher als auch in narrativer Hinsicht, besteht in seiner Stellung als kompetenter Mentor für die zahlreichen jungen Assistenten. Zwar bewegt sich Dr. Cox in vorbildhafter Weise auf dem Terrain der Inneren Medizin, schreckt aber nicht davor zurück, Berufsanfänger, wie Dr. Coleman Slawski, die ihm charakterlich nicht behagen, an den Chirurgen Dr. Turk zu verweisen (IX-10). In klassischer Arzttrollenkonformität ist Dr. Perry Cox auf das Wohl seiner Patienten bedacht und setzt sich für deren Leben ein (V-20). Dass er einen Jungen über dessen Erkrankung aufklärt, obwohl seine Eltern dies verbieten (VII-5), kann als Einstehen für Patienten auf moralischer Ebene gewürdigt werden. Dennoch steht die

Dramenfigur sichtlich über den Dingen: „Kranke Menschen sind dumm wie Stroh!“ (Dr. Cox, VIII-4). Im Bewusstsein eine fachliche Koryphäe zu sein, beantwortet er dennoch gerne die Fragen seiner Patienten (z.B. VIII-4). Gespräche mit den Erkrankten gestaltet der Protagonist in mitfühlender Weise, auch wenn sie im Vergleich zu denen seiner jüngeren Kollegen, wie Dr. Dorian, deutlich distanzierter wirken. Der TV-Held wird selten bei der ärztlichen Untersuchung filmisch portraitiert, vielmehr kontrolliert der Internist die Assistenten bei der Erhebung des körperlichen Status von Patienten (VIII-4). Dagegen kündigt die Aussage des Oberarztes: „Ich verabscheue euch alle!“ (Dr. Cox VI-4) zu seinen medizinischen Mitarbeitern dem Zuschauer eine divergierende Nuance im Umgangston an. Verunsicherung und verbalen Angriffen durch den Chef sind jedoch nicht nur die unerfahrenen Assistenzärzte in den rituellen Examinationen während der Patientenvisite ausgesetzt, herablassend äußert er sich selbst im Dialog mit dem vorgesetzten ärztlichen Direktor des Krankenhauses Dr. Kelso. Wenn Cox seine Assistenten regelhaft mit Rufnamen wie „Gandhi“ (Dr. Turk), „Barbie“ (Dr. Reid) oder „Flachzange“ (Dr. Dorian) betitelt, wird der Zuschauer sich bei diesen offensichtlichen Degradierungen ein Lachen nicht verkneifen können. Von Seiten der Kollegen wird Percival Cox teilweise Angst, insbesondere aber Respekt in Bezug auf sein Fachwissen entgegengebracht. Im Zuge der Bewunderung seiner herausragenden diagnostischen Fähigkeiten wird er daher sogar mit Dr. House verglichen (Dr. Kelso über Dr. Cox, V-18). Nicht umsonst kämpft Dr. Dorian, allen verbalen Angriffen gegen ihn zum Trotz, in fast jeder Episode um Lob und Anerkennung seines Vorgesetzten. Die Macht über die ihn teilweise anbetenden Anfänger auf dem Gebiet der Medizin lässt Dr. Cox gelegentlich die ethnischen Grenzen mit cholerischen Ausbrüchen überschreiten. So schlägt er beispielsweise aus Unmut über dessen mangelnde Kompetenzen einen Studenten mit einem Klemmbrett (III-4). Ähnlich moralisch zweifelhaft gestaltet sich seine Wette mit Dr. Turk in Bezug auf das Überleben und Sterben eines Patienten (II-6). Als besonders markant erweist sich im Serienvergleich die Tatsache, dass analog zu Dr. Gregory House auch J.D. und Perry Cox in *Scrubs* sich mit Gott duellieren: „Medizin 1: Gott 0“ (V-5).

Der Internist hegt im Sozialverhalten innerhalb der Klinik auf Grundlage seines generellen Misstrauens und seiner narzisstischen Persönlichkeitskomponente eine deutliche Abneigung gegen jegliche Art anderer Fachvertreter, wie Chirurgen, Dermatologen und Psychiater. Völlig konträres Verhalten zeigt er gegenüber den jungen, ihm anvertrauten Ärzten. In Krisensituationen steht er ihnen sogar nach medizinischen Fehlern als emotionale Stütze und fachlicher Mentor zur Seite.

In der Serie kommt in der Rollenfigur aber noch eine völlig andere Funktion zum Tragen, denn Dr. Cox ist zwar der ausbildende Oberarzt, fast bedeutsamer für den Zuschauer ist jedoch seine Stellung als einer der Wortführer der Komik bei *Scrubs*.

### **5.3.3.3 Dramaturgische Umsetzung der Rollenfigur Dr. Cox**

Der Genre-typische Konflikt der sozialen Handlungsrollen, in welchen sich die gewählte Figur bewegt, gleicht denen der beiden Arzttrollen aus *House* und *ER*. Derartige Konstellationen von Ambivalenzen sind beispielsweise: ärztlicher Leiter/Ausbilder vs. Kollegialität vs. Liebesbeziehung zu Mitarbeiterin der Klinik oder berufliche Eingebundenheit und Rationalität vs. väterliche überfürsorgliche Seite als sein Sohn krank wird (III-3).

Das empathische Feld des Publikums zum Protagonisten entsteht vermutlich schon nach den ersten pointierten Monologen, deren mimische Untermalung zu parasozialen Interaktionen einlädt. Der Zuschauer wird vom zynischen Humor des TV-Arztes in den Bann gezogen - wer Sarkasmus in rhetorischer Vollendung und Running Gags mag, wird Dr. Cox lieben. Diese komische Seite ist das Charakteristikum des Internisten in der gestalterischen Umsetzung schlechthin. Zu den inszenierenden Komponenten gehören darüber hinaus auch sein typischer, das Gegenüber fixierender Blick, die gelockte Haarfrisur oder Kittel bzw. Sporttrikot als Ausstattungselemente.

### **5.3.3.4 Gesamtbild und Schlussfolgerung**

Im Hinblick auf eine vorbildhafte Berufsethik und der fachlichen Expertise nimmt Dr. Percival Cox in der „Fernsehsendung der ärztlichen Anfänger“ durchaus eine Sonderstellung ein. Oft vermag er, den jungen Assistenten den Boden der Tatsachen wieder näher zu bringen. Neben dem Spitznamen „Coxerspaniel“ (J.D. zu Dr. Cox VIII-10) wird die Dramenfigur interessanterweise wiederholt mit dem Serienkollegen Dr. House verglichen. Als „streitsüchtig und ruppig“ wie Dr. House, „nur ohne Hinkebein“ (Dr. Kelso über Dr. Cox V-18) präsentiert, kreiert der TV-Mediziner darüber hinaus nach einem genialen diagnostischen Einfall selbst eine szenische Parodie auf den fiktiven Kollegen (VI-4).

Das allgemeine Arztportrait der Serie *Scrubs* fügt sich durch die im Gegensatz zur erfahrenen Kompetenz des Perry Cox stehende Unbeholfenheit der Anfänger zu einem ganzen Bild

zusammen. So manche verzwickte Situation fachlicher Ahnungslosigkeit der fiktiven Assistenten mag realen Berufseinsteigern bekannt vorkommen. Im Unterschied zu den anderen beiden Sendungen treten Erkrankungen und medizinische Expertise häufig hinter der narrativen Darstellung persönlicher Konflikte der Akteure in den Hintergrund. So ist es zu erklären, dass die Wahrnehmung der Hauptfiguren beim Rezipienten womöglich eher auf Basis ihres privaten Handelns anstelle der ärztlichen Identität erfolgen mag. Hinzu kommen die in den Figuren angelegte, lediglich der Unterhaltung zuträglichen Elemente, wie Sarkasmus, Spott, Satire und Ironie, welche den Raum für die berufliche Identität der Protagonisten einengen. Es stellt sich die Frage, ob den Zuschauer der Serie ohne Krankenhaus Erfahrung dann die reale Begegnung mit dem witzlosen echten Arzt schockieren könnte.

Im Abgleich mit ärztlichen Musterbildern scheinen Mediziner bei *Scrubs*, analog zu den anderen beiden Genre-Vertretern, partiell idealisiert im Hinblick auf den Einsatz und das Mitgefühl für die Patienten. Das zeitlich schier unbegrenzte Engagement in der Klinik mit Vernachlässigung menschlicher Kontakte außerhalb ist ein weiteres Indiz dafür. Ambivalenter gestaltet sich die Thematisierung der medizinischen Kompetenzen, denn fachliche Expertise findet ebenso Anklang, wie die Anfängerfehler der Assistenten. Bedeutungsvoll ist zu werten, dass sich *Scrubs* als einzige durch die eingehende Beleuchtung der witzigen Seiten des Arztberufes von den anderen gewählten Krankenhausserien unterscheidet. Dieser Faktor ist bei näherer Betrachtung zudem ursächlich für eine gewisse Diskrepanz zum Arztideal: Schlechte Prognosen oder Tod (V-20) von Patienten als ernsthafte Aspekte im gesundheitlichen Kontext werden von den Protagonisten ins Lächerliche gezogen. Daraus resultiert gelegentlich auch eine, das Publikum potentiell abschreckende, mangelnde Menschlichkeit im Umgang mit den Erkrankten, welche wegen der Vordergründigkeit privater Belange der Mediziner nicht selten an deren Zuwendung einbüßen. Die endlos anmutenden, in der Cafeteria verbrachten Pausenzeiten der Klinikärzte vermögen dem aufmerksamen Zuschauer ein irreales Bild von Freizeit während der klinischen Tätigkeit suggerieren. Taktlosigkeiten und berufliche Fehler der Mitarbeiter bleiben in der virtuellen Welt des *Sacred Heart Hospital* stets unsanktioniert. Fachgebietsspezifisch vermittelte Aspekte scheinen oberflächlich und stigmatisierend: „Chirurgen wollen dauernd Patienten aufschlitzen!“ (Dr. Cox, VIII-4), zumal ohnehin lediglich die Hauptsektoren Chirurgie und Innere Medizin inhaltlich in der Serie *Scrubs* wiederholt eingebunden werden.



#### 5.4 Bedeutung der TV-Darstellung klinischer Abläufe und Zusammenhänge für den Zuschauer

In näherer Auseinandersetzung mit Krankenhausserien fällt auf, dass bestimmte Faktoren, die in der Realität maßgeblich den klinischen Alltag bestimmen, kaum Anklang finden. Hierzu zählen besonders die Schweigepflicht (Rossmann 2003, Wicclair 2008a), Behandlungskosten, oder Arbeitsbelastungen durch Personalmangel oder auch Bürokratie (Poleck 2001, Krüger-Brand 2003, Strauman und Goodier 2008).

Eine Verzerrung klinischer Abläufe findet sich außerdem im Kontext von Operationen, da Routineeingriffe im Fernsehen zumeist spektakulären Szenen im Operationssaal weichen müssen, in denen der Patient zwischen Leben und Tod schwebt. Bei *House* sind in Realität eher selten durchgeführte Gehirnbiopsien häufiger zu beobachten als beispielsweise Gallenblasenentfernungen. Möglichen Beeinflussungen der präoperativen Angst von Patienten werden in einer Studie von Witzel (Witzel et al. 2008) Rechnung getragen. Für Rezipienten von Arztserien konnte darin ein gesteigertes Angstniveau in Bezug auf bevorstehende Operationen im Sinne eines Kultivierungseffektes nachgewiesen werden.

Einen anderen Blickwinkel liefert jedoch die Tatsache, dass sich amerikanische Onkologen im Jahr 2007 an die Produzenten von *ER* wandten um in der Bevölkerung vorherrschenden falschen Überzeugungen bezüglich Karzinomchirurgie mit medialen Mitteln zu begegnen. Patienten, die bei malignen Erkrankungen Operationen verweigern, weil diese lediglich zur Streuung der Krebszellen führen würden, sollten durch eine in *ER* eingebaute Handlungslinie eines Besseren belehrt werden (Holtz 2007).

Im Zentrum zahlreicher Studien steht auch die Präsentationsweise der in medizinischen Serien überproportional häufig thematisierten kardiopulmonalen Reanimation (CPR). So wurde diese in vierzehn zufällig gewählten *ER*-Episoden allein siebzehn mal durchgeführt (Harris und Willoughby 2009). Tatsächlich entpuppt sich der Satz: „Laden der Paddles!“ (gemeint sind transkutane Herzschrittmacher) auch bei filmischen Analyse im Rahmen dieser Arbeit als Bestandteil nahezu jeder Folge von *ER*. Im Fernsehen führt die Reanimation statistisch gesehen zu oft zur kompletten Genesung der Patienten, wodurch eine Fehlinterpretation im Hinblick auf die Überlebenswahrscheinlichkeit (Kultivierung erster Ordnung) nach CPR durch den Zuschauer postuliert wird (Van den Bulck 2002). Ein solcher Effekt kann von Adams und Snedden (Adams und Snedden 2006) insbesondere für ältere Menschen nachgewiesen werden. Indirekt könnte dann der Misserfolg einer Wiederbelebung, aufgrund

der überschätzten Erfolgsrate durch Angehörige vermehrt als Professionalitätsfehler der Ärzte gedeutet werden.

Harris und Willoughby kritisieren hingegen eher die Dichotomie der Outcomes nach CPR im Fernsehen, d.h. entweder komplette Genesung oder Tod (Harris und Willoughby 2009) der fiktionalen Patienten. An die Stelle der eigentlich häufigen kardialen Gründe für CPR treten in den Serien im Sinne der Einschaltquoten turbulente Szenarien wie Schussverletzungen oder Verkehrsunfälle (Harris und Willoughby 2009, Diem et al. 1996, Bear 1996). Informationen über Langzeitüberleben oder Folgeschäden wie hypoxische Hirnschädigung durch Reanimation werden dem Zuschauer vorenthalten. Andererseits lässt sich gemäß Entertainment Education Theorie aus der überproportional erfolgreichen und häufigen Demonstration der CPR im Fernsehen und der damit verbundenen Stärkung des Bewusstseins für die Thematik positives Potential schöpfen. Studentische Vielseher der Serien zeigen laut Troy (Troy 1996) eine gesteigerte Motivation zur Teilnahme an Erste-Hilfe-Kursen. Als übergeordnete Auswirkung kann daher die womögliche Verbesserung des Überlebens bei Herzstillstand durch Ermutigung der Bevölkerung zur Reanimation verstanden werden.

## **5.5 Bedeutung der TV-Darstellung konkreter Krankheitsbilder für den Zuschauer**

Potentielle Einflüsse auf den Zuschauer kommen ebenso auf spezifischerer Ebene, nämlich der Darstellungsweise einzelner Erkrankungen, zum Tragen und sind vielfältiger Natur. Dabei stehen positive Auswirkungen im Sinne einer Aneignung medizinischen Wissens im Kontrast zu den negativen Folgen von medialer Desinformation.

Für erstere kann die zeitgleiche Integration des Krankheitsbildes Mamma-Karzinom in den *ER* und *Grey's Anatomy* (Entertainment Education) als Beispiel dienen. Nachweislich ergaben die Analysen von Hether (Hether et al. 2008) bei den Zuschauern dahingehend einen signifikanten Wissenszuwachs. Völlig anders gestaltet sich hingegen das Portrait epileptischer Erkrankungen im fiktionalen Fernsehen. Nebst fachlichen Fehldarstellungen, wie beispielsweise anaphylaktischer Reaktionen auf Erdnüsse als Auslöser für Grand-mal-Anfälle, scheinen die Produzenten Epilepsie im Sinne eines dramatischen Stilelementes zu implementieren statt als medizinischen Sachverhalt. Der Medienwissenschaftler Maio versteht die theatralisch anmutenden, besonders filmwirksamen und auch für den Laien identifizierbaren Krampfanfallsleiden als einen Rückgriff auf „etablierte Mythen einer Erkrankung“ (Maio 2001). Bewusst schaurige Illustrationen epileptischer Anfälle begünstigen eine Stigmatisierung dieser Erkrankung, so Kerson (Kerson und Kerson 2008). In Serien wie

*ER* wird den Autoren zufolge die Botschaft vermittelt, Epilepsie stehe in Verbindung mit mangelnder Selbstkontrolle in allen Lebensbereichen der Betroffenen. Autoren vermuten eine daraus resultierende Verhaltensadaption in Realität Betroffener wie der Geheimhaltung der Diagnose und den vermehrten sozialen Rückzug der in Realität Erkrankten (Kerson und Kerson 2008).

Besonders auffällig ist ebenso die in der TV-Welt über die Maßen häufige Assoziation von psychischer Erkrankung mit Gewalt (Condren 2000). Ein Drittel der Fernsehcharaktere mit psychischen Krankheiten ist nach einer Analyse von Diefenbach (Diefenbach 1997) zugleich kriminell bzw. gewalttätig gegen sich selbst oder andere. In Realität sei diese Verbindung lediglich für weniger als ein Prozent der Erkrankten zutreffend. Im Zuge der Quotenjagd wird bei einer derartig offensichtlichen medialen Fehldarstellung eine potentielle Stigmatisierung des Krankheitsbildes in der Bevölkerung bewusst in Kauf genommen.

## **5.6 Erörterung von Grundzügen der Dramaturgie im Serienvergleich**

### **5.6.1 Allgemeines**

„Die Dramaturgie bindet den Zuschauer in ein Spiel mit Wissen und Emotionen ein (...)“ (Mikos 2008). Sie ist der Schlüssel dazu, wie durch die spezielle Anordnung einzelner Komponenten Fernsehsendungen fürs Publikum interessant gestaltet werden. In welcher Weise dies in *House*, *ER* und *Scrubs* umgesetzt wird, soll im Folgenden Abschnitt auf Basis der durch die Analysebögen (siehe Anhang) gewonnenen Informationen dargelegt werden.

Bereits im allgemeinen Aufbau einer Episode sind serienspezifische Unterschiede zu verzeichnen. Eine Folge von *House* dauert dreiundvierzig Minuten und beginnt mit einem Teaser aus zwei Szenen, welcher den in dieser Folge zentralen Patienten im privaten Milieu vorstellt, der anschließend in der Abteilung für Diagnostische Medizin des *Princeton-Plainsboro Teaching Hospitals* stationär behandelt wird. Mit plötzlichem Auftreten von zumeist spektakulär dargestellten Symptomen, wie epileptischen Anfällen und Synkopen, wird der Zuschauer gewissermaßen ohne Vorahnung ins Geschehen gestoßen. Das Publikum fragt sich zwangsläufig: Was sind die Hintergründe des Patienten und welches Problem bzw. welche Erkrankung ist ursächlich für sein Symptom? Als retardierendes Moment folgt ein Einschub der Titelmelodie „*Teardrop*“ (von *Massive Attack*), das Rätselspiel beginnt. Im dramaturgischen Sinne wird demnach bereits ab der ersten Szene ein Spannungsbogen (hier

mittels Suspense) konstruiert, welcher in jeder Episode eine ähnliche Struktur aufweist. An die stationäre Aufnahme des Akutpatienten schließt sich typischerweise der Diagnosefindungsprozess durch Dr. House und sein Ärzteteam und die finale Lösung des Falls bzw. Therapie an. In der Regel unterliegen jene Abläufe einer chronologischen filmischen Umsetzung. Die Spannung für das Publikum wird aufrecht erhalten, indem den teils erfolglosen Heilungsbemühungen und Diagnosegesprächen der Ärzte eine zunehmende Verschlechterung der Erkrankung gegenüber steht. Meist spielt dabei die vitale Gefährdung des Patienten eine Rolle. Im Gegensatz zu den medizinischen Fällen sind die privaten und dienstlich-kollegialen Handlungsstränge der Ärzte in allen drei Serien episodенübergreifend angelegt.

Ähnliche Grundstrukturen verglichen mit House, wie der Einführung ins Geschehen mit meist aktionsgeladenem Teaser und anschließender instrumentaler Titelmelodie, finden sich in den 45-minütigen Folgen von *ER*. Auch in dieser TV-Serie werden mittels Elementen von Suspense Patienten von der Einlieferung ins Krankenhaus bis zur medizinischen Konfliktlösung am Ende präsentiert. Jedoch wird das Publikum hier förmlich in das hektische Treiben der Notaufnahme von Chicago hineingestoßen, denn die finalen alarmierenden Trommelschläge der sirenenartigen Titelmelodie kündigen die bevorstehenden medizinischen Notfälle an. Im Gegensatz zu *House* werden in einer Episode mindestens fünf bis zehn akute Patienten näher und einige weitere in Nebenrollen beleuchtet. Bei schnellem szenischen Wechsel zwischen den Patienten und zusätzlich eingeflochtenen zahlreichen privaten Handlungssträngen des Krankenhauspersonals sowie chronologischen Sprüngen hat der Zuschauer Mühe, nicht den Überblick zu verlieren.

Im *Sacred Heart Hospital* der Serie *Scrubs* wird eine Dynamisierung der filmischen Darstellung hingegen vielmehr mittels Aneinanderreihung komischer Elemente und Gags erreicht. In den zweiundzwanzig Minuten einer Folge wird medizinischen Fällen bzw. Patienten in der Parallelmontage der Handlungsketten dabei nicht immer eine vordergründige Rolle zugestanden. Suspense entsteht beim Zuschauer vergleichsweise selten durch medizinische Probleme und deren Lösung zum Ende hin. Der narrative Spannungsbogen wird bei *Scrubs* durch Konflikthanbahnung und deren Bewältigung in Bezug auf persönliche Ängste, Beziehungen und berufliche Startschwierigkeiten der jungen Ärzte dramaturgisch realisiert. Dieser Fokus findet auch in der Doppeldeutigkeit des Titels „Scrubs“ im Sinne von Kasaks vs. Versager/Anfänger, Anklang. Meist werden vier ablaufende Geschichten in Parallelmontage narrativ umgesetzt, wobei die Hälfte davon die Hauptfigur (Dr.) John Dorian (J.D.) in den Mittelpunkt rückt. Im Vergleich zu den anderen beiden Genrevertretern scheint

der grundsätzliche Aufbau einer Episode dennoch weniger starr und häufiger strukturell variiert. Die nach dem Teaser eingespielte Titelmelodie *Superman* (Lazlo Bane) endet mit dem Liedtext „(...) I'm no superman“. Dies fällt zeitlich mit der Kameraeinstellung eines seitenverkehrt angepinnten Röntgenbildes zusammen, ein weiteres Indiz für die zentrale Bedeutung der Komik bei *Scrubs*. Darüber hinaus beginnt hier jeder Teaser mit einem inneren Monolog einer der Hauptfiguren („My...“ Staffel I-VIII aus Sicht von J.D. , Staffel IX „Our...“), da diese tagebuchartige Perspektive (Siemer 2010) in der TV-Serie die vorherrschende Erzählform ist. Diese perspektivische Erzählweise steht im Kontrast zu jener der anderen beiden Genrevertreter und betont den Stellenwert der persönlichen bzw. aufs Privatleben der Ärzte fokussierten Haupthandlungsketten. In *House* und *ER* dominiert hingegen die auktoriale Narrationsform. Eine der wenigen Ausnahmen bildet *ER* mit Folge XI-15, welche in eindrucksvoller Weise die Auswirkungen eines apoplektischen Insults aus Sicht der betroffenen Patientin mit dramaturgischer Anpassung der Erzähl- und Kameraperspektive widerspiegelt. Derartige Gestaltungsformen laden den Zuschauer ebenso zur Identifikation mit den Protagonisten ein wie integrierte direkte und indirekte Adressierungen der Akteure ans Publikum. Wenn Dr. Lockhart in Nahaufnahme dem Rezipienten zugewandt äußert: „Arbeitet hier noch jemand außer mir?“, handelt es sich dabei um die direkte Form. Indirekte Adressierungen als ein typisches stilisches Merkmal bei *Scrubs* ergeben sich aus J.D.'s Erzählerfunktion: „Wissen Sie, heute ist mein erster Tag(...)“ (*Scrubs* I-1).

Betrachtungswürdige Differenzen zwischen *House*, *ER* und *Scrubs* zeigen sich in der Analyse hinsichtlich Gestaltung und Ausstattung der Haupthandlungsorte. Neben einigen komplett ausgelagerten Episoden, wie beispielsweise *ER* IX-22, X-2, XII-8 (Afrika bzw. Irak) oder *House* V-1/V-2 (psychiatrische Anstalt Mayfield), spielen sich die meisten Szenen Genre-gemäß im jeweiligen Krankenhaus der Serie ab. Das *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital* New Jersey versetzt das Publikum der TV-Serie *House* in ein geordnetes und gehobenes medizinisches Ambiente. Die weiten lichtdurchfluteten Gänge, spiegelnde Wandverglasungen, stilvolles Mobiliar und die riesige Empfangshalle lassen den Zuschauer leicht vergessen, dass es sich hierbei tatsächlich um ein Krankenhaus handelt. Zudem verfügt es über jede Raffinesse modernster medizintechnischer Ausstattung. Nicht umsonst vergleicht Jackman das *Princeton-Plainsboro* mit einem Zauberwald, als Klinik sei sie weder typisch noch realitätskompatibel (Jackman 2011). Dagegen repräsentiert die meist menschenüberflutete ZNA des Chicagoer Lehrkrankenhauses, der wichtigste Schauplatz von *ER*, ein dem dort stets herrschenden hektischen Treiben angepasstes, vergleichsweise

unübersichtliches klinisches Milieu. Mit dem Hotelambiente aus *House* hat jene Notaufnahme rein gar nichts gemein, liefert jedoch ein wirklicheres Krankenhausabbild. Enge elektrisch beleuchtete Flure münden in zahllose Untersuchungsräume, im Zentrum ein chaotischer Tresen, auf dem sich Aktenberge neben herumliegendem Essen stapeln. Ein weiteres Indiz für einen gewissen Realismus ist, dass einzelne Abteilungen sich oft gegenseitig medizinisches Equipment, wie Sonografie-Geräte, ausborgen müssen. Bezüglich des Interieurs ähnelt das *Sacred Heart Hospital* aus *Scrubs* dem aus *ER*, wenngleich medizinische Ausstattungselemente wesentlich seltener die Krankenhausszenerie untermauern.

Auf sprachlicher Ebene findet sich eine Anpassung ans klinische Milieu mittels medizinischen Jargons, insbesondere in *ER* und bei *House*. Hier schmettern die Protagonisten in den Dialogen die Fachtermini förmlich um sich. Das damit konfrontierte Laienpublikum wird über deren Bedeutung eher selten aufgeklärt. Eine der wenigen Ausnahmen ist der Fachausdruck „myelodysplastisches Syndrom“, welcher dem Zuschauer verständlich gemacht wird, indem ein Arzt dem ahnungslosen Studenten im Dialog die Erkrankung erläutert (*ER* XII-16). Eine globale Vereinfachung der medizinischen Termini wurde jedoch vom Regisseur und Serienproduzenten *ER*'s, Micheal Crichton, zugunsten eines hohen Authentizitätslevels abgelehnt. Zwar tauchen Fachtermini auch in Dialogen von *Scrubs* auf, sind aber eher Mittel zum Generieren von Komik. Wenn Assistenzarzt J.D. mehrmals stotternd versucht innerhalb einer Episode „thrombotisch thrombozytopenische Purpura“ fehlerfrei zu artikulieren (*Scrubs*, III-18), dann sicher nicht, um jene seltene Erkrankung dem Rezipienten näher zu bringen. Schließlich erweist sich die Komik bei *Scrubs* als das stilistische Hauptelement schlechthin, denn jede mögliche Facette belustigender Elemente kann bei der Analyse nachgewiesen werden. Episodenübergreifende Running Gags, wie die Betitelung J.D.'s mit Frauennamen durch seinen Vorgesetzten Dr. Cox, sind humoristische Werkzeuge der TV-Produzenten. Nahezu jede Figur der Sendung trägt komische oder karikaturhafte Charakterzüge. Das Spektrum reicht dabei von der Infantilität und Tollpatschigkeit der Assistenzärzte bis hin zum wiederholten „Vergessen von Verstorbenen“ auf in Fluren des Krankenhauses durch den skurrilen Pathologen Dr. Dough Murphy. Auf sprachlicher Ebene tauchen unter anderem Vulgarismen und zahlreiche witzige Monologe (v.a. Dr. Cox) und Dialoge auf, die sich die Protagonisten (v.a. Dr. Cox und Dr. John Dorian) regelhaft liefern. Die dabei hyperbolisch-inszenierte Mimik der Figuren formt die visuelle Komponente der Komik. Eingespielte Bremsgeräusche eines Autos, während eine ältere gehbehinderte Patientin ihren Rollstuhl stoppt (*Scrubs* I-1), sind exemplarisch für akustische Gags in der TV-Serie. Darüber hinaus verstärken optische Stilelemente, wie die später näher beleuchteten Trickblenden, und Zoom

den Spaßfaktor. Als einzige der drei gewählten Krankenhausserien parodiert *Scrubs* in zahlreichen Episoden andere Genrevertreter. So wird nicht nur die Erzählerstimme aus *Grey's Anatomy* in einem Monolog von Dr. Cox ins Lächerliche gezogen (*Scrubs* VI-13), sondern auch die Sendung *House* verspottet (*Scrubs* VI-4, VIII-4). In einer Episode (VI-4) erinnert Dr. Cox seine jungen Kollegen daran, dass im Unterschied zur Serie *House* in seinem *Sacred Heart Hospital* medizinische Rätsel nicht jede Woche auftreten und Ärzte nicht wie Models aussehen würden. Als dann doch ein mysteriöser Krankheitsfall auftritt, präsentiert Percival Cox die Lösung bzw. Diagnose in einem parodischen Vortrag und ganz in Dr. House-Manier mit Krückstock und Turnschuhen.

Wenngleich Komik, v.a. in Form von Sarkasmus und Kontrastierungen, auch bei *House* eine wichtige Rolle spielt, wird sie jedoch vergleichsweise auf höherem Niveau und weniger augenscheinlich in den Episoden implementiert. Amüsante Momente der Serie resultieren fast immer aus Handlungen und Dialogen von Dr. Gregory House. In *ER* sind komische Elemente aufgrund der Bemühungen um eine ernsthafte Widerspiegelung der Verhältnisse der ZNA, v.a. in den Anfängen der Serie, eher rar angesiedelt. Wie bei *House* sind sie mehrheitlich an Protagonisten, hier zudem v.a. denen der späteren Staffeln, gebunden. Mit Szenen wie dem unbeholfenen Dr. Archie Morris, der zu Studienzwecken eine Elektroschockpistole an sich selbst testet (*ER* XIV-14), wird jedoch auch bei *ER* den meisten Zuschauern ein Schmunzeln entlockt.

### 5.6.2 Rollenfiguren

Zu den Haupthandlungsträgern aller drei medizinischen Serien gehören erwartungsgemäß in erster Linie wechselnde Patientenfiguren und eine relativ konstant besetzte Ärzteschaft. Diese bietet aufgrund ihrer Persistenz über viele Episoden hinweg dem Publikum die Möglichkeit zu parasozialen Interaktionen und Identifikation. Wer eine Sendung regelmäßig verfolgt, gewinnt durch Routinisierung möglicherweise den Eindruck, hier „alte Bekannte“ wieder zu sehen (Mikos 2008). Darüber hinaus kann es als ideologischer Verweis bezüglich einer menschlichen Gleichstellung der ethnischen Gruppen gewertet werden, dass in allen der TV-Sendungen das Personalensemble der fiktionalen Krankenhäuser multikulturell strukturiert ist. Jedoch weisen bereits die medialen Charaktere der Krankenschwestern- und Pfleger Diskrepanzen im Stellenwert in den einzelnen Sendungen auf. Während diese in *ER* und *Scrubs* Handlungsrollen übernehmen, werden der Berufsgruppe in *House* lediglich funktionale Rollen zugestanden. Auffällig ist auch, dass im Gegensatz zu den anderen

Genrevertretern in *Scrubs* häufig sogar Patientenfiguren als eigentliche Träger medizinischer Narration ins Abseits der Funktionsrollen gedrängt werden. Paradoxerweise zählen in dieser TV-Serie aber der Hausmeister wie auch der häufig schikanierte Anwalt des Krankenhauses zugunsten der Komik zu den Hauptfiguren. Typische Konflikte zwischen den sozialen Handlungsrollen der Charaktere ergeben sich aus den in der Klinik üblichen Hierarchien in allen drei Krankenhaussendungen. Unstimmigkeiten zwischen Pflegepersonal, Assistenzärzten, Oberärzten und Chefärzten sowie Spannungen zwischen den verschiedenen fachlichen Abteilungen bilden den Kern vieler Handlungsstränge. Ähnlich häufig wird ein Wechsel der sozialen Handlungsebene thematisiert. Neben beruflichen Auf- und Abstiegen, wie bei (Dr.) Abigail Lockhart von Krankenschwester bis hin zu Oberärztin im Verlauf von *ER*, finden Zwiespälte hinsichtlich privater versus fachlicher Identität als Form des Wechsels sozialer Handlungsrollen Anklang. Das bedeutet, ein Arzt definiert sich in der hier analysierten medialen Darstellung nicht nur durch seinen Beruf, er ist häufig gleichzeitig Familienvater, Vorgesetzter, Freund, Gefangener (Dr. House) oder wird oftmals selbst zum Patienten. Dass auch die TV-Ärzte an akuten und chronischen Erkrankungen leiden, kann als dramaturgisch konstruiertes empathisches Feld angesehen werden. Das heißt, die Ausbildung einer mitfühlenden emotionalen Aktivität beim Zuschauer wird auf diese Weise begünstigt (Mikos 2008).

### **5.6.3 Besonderheiten der Kameratechnik**

Die Erörterung der Kameramittel zur filmischen Gestaltung soll die bildliche Umsetzung der narrativen Motive näher beleuchten. Zunächst stellt sich die Frage, auf welche Weise die Figuren und Dinge in einzelnen Aufnahmen positioniert bzw. kalkuliert organisiert sind, in der Filmanalyse spricht man von *Mise en Scene*, (französisch, „das in Szene gesetzte“) (Borstnar et al. 2008). Gemäß dem Ambiente des Klinikums wirkt bei *House* der Bildinhalt vergleichsweise inszeniert. Die handelnden Figuren sind zentral angeordnet, nur selten sind Hintergrundakteure zu sehen. Diese Komposition unterstreicht den Fokus auf den Inhalt der Dialoge und die betonte Ordnung des *Princeton-Plainsboro Teaching Hospitals*. In Abweichung dazu ist die *Mise en Scene* in den anderen beiden TV-Sendungen weniger arrangiert gestaltet. Bei *Scrubs* gelingt so eine bessere emotionale Einbindung des Zuschauers in die Perspektive der Charaktere, in *ER* wird dadurch ein höherer Grad an Realismus erzielt. In Kombination mit der offenen Kadranlage, also der Bewegung der Schauspieler über den Rahmen des Bildanschnittes hinaus, entsteht beim Publikum ein



lebendigerer Eindruck der Notaufnahme des *Cook County General Hospitals*. Dies steht im Kontrast zur weniger dynamischen, geschlossenen Kadrierung bei *House*.

Allen Serien ist gemeinsam, dass die Figuren in den meisten Szenen der Kamera relativ nahe gebracht werden. Long Shot Formen, also Übersichts- bzw. Totalaufnahmen der Personen, kommen selten zum Einsatz. Eine Ausnahme bilden Establishing Shots (Übersichtsaufnahmen) aus Obersicht auf das Krankenhaus, welche bei *House* innerhalb einer Episode nahezu regelhaft einen Wechsel der Handlungsstränge einleiten. Als dominierende Einstellungsgrößen erweisen sich bei den drei Sendungen hingegen American Shot (Kopf bis Oberschenkel), Medium Shot (Halbnahaufnahme) und Medium Close-Ups (Nahaufnahmen). So wird für Konversationen der Hauptfiguren mit Kameramitteln im Sinne der Narration eine optimale Ansicht geschaffen. Darüber hinaus unterstreichen Nahaufnahmen vieler Menschen auf engem Raum bei *ER* die Impression eines geschäftigen Treibens in der ZNA. Close-Ups in Verbindung mit Zoomtechniken spielen bei *Scrubs* hinsichtlich Portraitierung von Mimik und Gestik der Protagonisten eine entscheidende Rolle. Was wären die rhetorisch ausgefeilten Monologe von Dr. Cox ohne seinen Gesichtsausdruck?

In den Serien wird zur besseren Identifikation mit den Schauspielern häufig von Point-of-View-Techniken Gebrauch gemacht. Dabei handelt es sich um eine subjektive Kameraeinstellung, bei welcher der Zuschauer förmlich durch die Augen der TV-Figur sieht (Eyeline-Match). Zusammen mit dieser Methode mit Extreme Close-Ups einzelner Gesichtspartien werden die Augenmuskelparesen der bereits oben erwähnten Schlaganfallpatientin aus *ER* (XI-15) vom Publikum eindrücklich nachempfunden.

Als Primat der Kameraperspektive erweist sich in der Rezension der Krankenhausserien die Normalsicht, welche der normalen Wahrnehmung des Menschen in vertikaler Ebene, also der Augenhöhe, nachempfunden ist. Nur selten wird wie in *House* der Patient (z.B. *House* I-6) oder Handlungsort (z.B. *House* II-1) in Obersicht dargeboten.

Relevant für die dramaturgische Erzeugung von Lebendigkeit und Schwung zur Untermauerung der Narration sind Bewegungen der Kamera. Ein dafür bedeutsames stilistisches Kamerawerkzeug sind Schwenks, die sich in *Scrubs*, *House* und *ER* als fester Bestandteil der Aufnahmen manifestieren. Bei den sogenannten Reißschwenks, welche in den für *ER* charakteristischen rasanten Szenen zu beobachten sind, wird die Kamera förmlich herumgerissen und so ein schneller Wechsel von einem in den benachbarten Untersuchungsraum filmisch realisiert. Darüber hinaus begleiten in den Krankenhausserien Genre-gemäß Kamerafahrten die TV-Patienten, während sie in ihren Betten durch die Gänge der Klinik manövriert werden. Dabei wird die Kamera, im Gegensatz zum Schwenk, aktiv mit

bewegt und porträtiert somit Szenen wie die Einlieferung eines schwer Verletzten unter Reanimationsversuchen der Ärzte (z.B. *ER* I-1) mit eindrucksvoller Dynamik und Authentizität. Auf die gleiche Art bildlich umgesetzte hektische Stimmung erfasst den Zuschauer bei den *House*-typischen Konversationen der Ärzte zur Diagnosefindung, die während des eiligen Gehens geführt werden. In beiden Fällen betont die Kameraführung das geforderte Tempo, hier geht es um Leben und Tod der Erkrankten. In Divergenz dazu scheint bei den Tagträumen der Figuren aus *Scrubs* die Zeit oft förmlich stehen zu bleiben. Mittels betont langsamer Kamerabewegungen in Verbindung mit Slow-Motion Techniken wird jenen inneren Monologen dramaturgisch Rechnung getragen. Eine spezielle Form hinsichtlich Kameraführung verwandelt eine Episode von *ER* (IV-1) in eine lebendige Nachstellung einer TV-Dokumentation über die Notaufnahme des Klinikums. Das heißt, in der Serie selbst werden Dreharbeiten im Krankenhaus filmisch dargestellt. Durch die dabei eingesetzte Handkamera, mit offensichtlichem Wackeln und Zoomen, hat der Zuschauer den Eindruck das Geschehen selbst mit der Linse einzufangen.

#### **5.6.4 Besonderheiten in Licht und Ton**

Gemäß der Haupthandlungsorte der drei Krankenhausserien ist die vorherrschende Form der Lichtgestaltung der Normalstil, das heißt Hell und Dunkel befinden sich in ausgewogener Relation zueinander. Während in *Scrubs* und *ER* dieser optische Eindruck zumeist durch elektrisches Licht erzeugt wird, spielen in der gehobenen Atmosphäre des *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital* bei *House* zusätzlich Tageslicht und Spiegelungen eine vergleichsweise große Rolle. Insbesondere in *ER* akzentuiert jedoch das künstliche Licht und die dadurch häufig nicht mehr erkennbare Tag-Nacht-Rhythmik einen Zeitbildverlust für den Zuschauer. Die Schichten des medizinischen Personals scheinen endlos und suggerieren dem Publikum, dass von den Mitarbeitern des Krankenhauses Professionalität ohne Zeitbegrenzung eingefordert wird. High-Key Beleuchtungsmodi, also Aufblendungen, finden sich bei *Scrubs* in Verbindung mit Tagträumen und szenischen Gedankeneinschüben der Figuren. Dagegen dienen Aufblendungen während durchgeführter Elektroschocks im Rahmen eines Reanimationsgeschehens in *ER* (II-13) beispielsweise dazu, den Schnitt zwischen zwei Szenen zu unterstreichen.

Hinsichtlich der Tongestaltung unterscheidet man in der Dramaturgie die Kategorien Sprache, Geräusche und Musik. Letztere erfüllt beim filmischen Arrangement der Serien im

Wesentlichen drei Funktionen. Zum einen kann Musik die Narration unterstreichen bzw. kontrastieren. Ein typisches Beispiel hierfür sind klassische Instrumentalstücke als fahrschuhartige Hintergrundbegleitung, während sich die Figuren aus *ER* (z.B. X-8) und *House* buchstäblich in eine andere Szenenebene bewegen. Oft steht die ruhige Musik dabei im krassen Gegensatz zu den vor- und nachgeschalteten Szenen, die Atmosphäre im Aufzug durchbricht den hektischen Krankenhausalltag. Des Weiteren können musikalische Motive für die Dramaturgie selbst von Bedeutung sein, indem exemplarisch retardierende bzw. spannungserzeugende Momente mit entsprechender Vertonung untermauert werden. Die dritte Funktion ist in der Filmtheorie eine persuasiv-strukturelle, auch affektiv-evokative, Komponente der Musik mit dem Ziel, die Distanz des Rezipienten zum Geschehen zu minimieren. So charakterisieren in *ER* (IX) landestypische Klänge strukturell den Handlungsort Afrika. Bei *House* sind Klavierinstrumentalstücke deskriptive Begleiter des gehobenen Krankenhausambientes. In *ER* wird der Zuschauer durch den Liedeinschub „*Somewhere over the Rainbow*“ (Israel Kamakawiwo‘ole) in Verbindung mit den affektiv geladenen Bildern des bevorstehenden Todes von Dr. Greene (*ER* VIII-21) in eine höhere Ebene der Erlebnisintensität versetzt. Hierbei handelt es sich um die persuasive Rolle der Musik, welche eine emotionale Einbindung des Zuschauers in die mediale Welt bezweckt. Ähnliche strategische Untermalung des visuellen Eindrucks intendiert eine Darstellung mehrerer fehlgeschlagener Transplantationsversuche in *Scrubs*, die mit dem Titel „*How to save a life*“ (The Fray) (*Scrubs*, V-20) musikalisch kontrastiert werden. Sogenannte „echte Liedeinschübe“ finden sich in vielen Folgen von *House*, *Scrubs* und, wenngleich in den ersten Staffeln zugunsten des Realismus eher rar angesiedelt, auch von *ER*. Besonders bemerkenswert erweist sich in der Analyse die Tatsache, dass bei jeder der drei Krankenhausserien der gefühlvolle Titel „*Hallelujah*“ (Original: Leonard Cohen) als persuasive Komponente in eine Episode (*Scrubs* I-4, *House* II-1, *ER* XIII-23) eingeflochten ist. Bei *Scrubs* sind echte Liedeinschübe besonders häufig, da sie in besonderem Maß geeignet sind Komik filmisch umzusetzen. So steigern Vertonungen wie der „*Poo-Song*“ (*Scrubs*, VI-6), in welchem die Sinnhaftigkeit einer Stuhlprobe erläutert wird, den Unterhaltungswert der Serie. Darüber hinaus ist die Existenz einer dem Krankenhaus eigenen à capella Gesangsgruppe des *Sacred Heart Hospitals* mit dem Namen „*Die erbärmlichen Versager*“ bezeichnend für die humoristische Funktion der Musik. Somit werden ärztliche Rollenfiguren bei *Scrubs* selbst zu Liedinterpreten bzw. Tänzern. Solche musischen Charakterisierungen der Rollenfiguren stehen in Diskrepanz zu der durch berufliches Handeln bestimmten Personifizierung des Arztberufes in den anderen beiden Genrevertretern.

Die Filmtheorie differenziert die Tonebenen des Vorder-, Mittel- und Hintergrundes, wobei jeglicher Abweichung einer normalen Verteilung dieser drei stilistische Bedeutung zukommt. Im Vordergrund steht bei der filmischen Gestaltung im Zuge der Narration stets die Sprache. Musik und Atmotome lassen sich dem Mittel- bzw. Hintergrund zuordnen und können als auditive Ebene zusammengefasst werden. Das Atmotom definiert sich aus der akustischen Integration aller Umweltgeräusche des jeweiligen Handlungsortes. In den TV-Serien spielen daher typische Laute des Klinikmilieus, wie das Piepen der Überwachungsgeräte, Notfallsirenen und Telefonklingeln eine Rolle. Während die Notaufnahme aus *ER* die krankenhaustypischen Atmotome betreffend regelrecht überladen wirkt, sind diese in den anderen beiden Genrevertretern eher selten vernehmbar. Stattdessen imponiert bei *Scrubs* die Verwendung künstlich erzeugter Geräusche, wie Tuschvariationen, welche den surrealen Zuschnitt des *Sacred Heart Hospitals* betonen. Den medizinischen Sendungen ist jedoch gemeinsam, dass die normale Verteilung der Tonebenen nur selten durchbrochen wird. Stilistische Auflockerung erzeugen in den betreffenden Serien vielmehr Voice-Over-Techniken, bei welchen eine Tonspur durch eine andere übertüncht wird. Regelhaft findet sich dieses akustische Muster in den Episoden von *Scrubs*, wenn die Umweltgeräusche und Gespräche der Kollegen von den Gedanken der Haupthandlungsträger übertönt werden. Eine weitere Variante von Voice-Over neben inneren Monologen sind Erzählerstimmen, die beispielsweise Briefe laut vorlesen und im Sinne der Narration eine Szene phonetisch überlagern. Auf Sprache und Sprechweise selbst wurde bereits im Kapitel der Arztfigurenanalyse eingegangen, weshalb diese hier nicht erneut exploriert werden.

### 5.6.5 Besonderheiten in Schnitt und Montage

Wichtiger Bestandteil der Fernsehanalyse ist es, den szenischen Zusammenschnitt wieder sichtbar bzw. reproduzierbar zu machen (Mikos 2008). Dominierende Form ist der harte Schnitt, bei welchem die Kameraeinstellungen, für den Zuschauer möglichst vor- oder unterbewusst, direkt hintereinander geschaltet werden. Die Handlungskontinuität wird demnach nicht durchbrochen und insbesondere bei *ER* und *House* Authentizität mittels derartiger weicher Übergänge suggeriert. Schnelle Techniken bezüglich des Schnitts untermalen die tempogeladenen Szenen aus *ER* in der Notaufnahme von Chicago, während sie bei *Scrubs* eher der raschen Aneinanderreihung von Gags zu Gute kommen. Bei der letztgenannten Krankenhausserie lassen sich darüber hinaus zahlreiche alternative

Schnittformen identifizieren, bei denen deutliche Unterbrechungen zwischen den Einstellungen, sogenannte Jump Cuts, nachweisbar sind. Solche harten Wechsel, typischerweise zwischen zwei parallelen Handlungssträngen, entstehen auch durch Trickblenden oder Überblendungen. Dazu gehören bei *Scrubs* geräuschverstärkte Wischblenden, d.h. die vorherige Einstellung wird von der zweiten, meist von rechts nach links, aus dem Bild geschoben (Mikos 2008). Sie unterstreichen den künstlich-animierten Stil dieser Serie. In jeder der drei TV-Serien enden die Episoden mehrheitlich mit einer abgeblendeten Bildeinstellung, die immer dunkler und schließlich schwarz wird. Aufblenden mit einem Bildwandel von immer heller bis weiß sind hingegen charakteristisch beim szenischen Übergang von Dialogen zu inneren Monologen bzw. Tagträumen der Protagonisten in *Scrubs*.

Das Schaffen einer ästhetischen Struktur mittels Bildmischung hingegen wird als filmische Montage definiert. Durch diese wird eine beständige Ereigniskette, das Continuity System, aufgebaut (Mikos 2008). Jegliche Ellipse oder Diskontinuität ist daher als stilistisch bedeutungsvoll zu werten. Exemplarisch für eine solche Umkehrung der Chronologie sind Episoden von *House* (IV-15 Busunglück) bzw. *ER* (IX-10 Autounfall), in welchen die Ereignisse zweier Verkehrsunfälle im Verlauf der jeweiligen Folge schrittweise von hinten aufgerollt werden. Diese Episode von *House* fällt jedoch nicht nur durch Diskontinuitäten der Montage auf, sondern ist ebenso gekennzeichnet durch Wechselschnitt-Technik (Cross Cutting). Die Hauptfigur versucht in IV-15 (*House*) durch Hypnose die Umstände eines Busunglücks zu reflektieren. Dabei entsteht ein ständiger szenischer Wechsel zwischen realem Umfeld während der Hypnose von Dr. Gregory House im Dialog mit den Kollegen und dem durch den tranceartigen Zustand erzeugten inneren Monolog des Protagonisten in einer Art Rückblende auf die Geschehnisse des Unfalls. Die szenische Gegenüberstellung ähnlicher Fälle, hier zweier Jungen mit gegenwärtigem bzw. früherem akuten Fieberkrampf, ist nur ein Beispiel des Cross Cuttings bei *ER* (XVI-7). Das Fehlen derartiger komplexerer Diskontinuitäten hingegen ermöglicht dem Publikum ein leichteres Verfolgen der Serie *Scrubs*. Eine Sonderform des Wechselschnitts stellt die Parallelmontage dar, welche zwischen zeitlich synchron ablaufenden Ereignissen filmisch hin- und herschaltet. So wird regelhaft mittels Parallelmontage in *Scrubs* mehrfach von den Handlungslinien der Internisten zu denen der Chirurgen übergegangen oder bei *ER* durch parallel montierte Szenen stetig zwischen den Notfällen mehrerer Behandlungsräume gewechselt. Eine Beziehung zwischen den Einstellungen, als Dimension der Montage definiert, wird hier also durch die rhythmische Alteration zwischen den Handlungsorten geschaffen. Daraus resultiert eine besondere

Dynamik der Filmsequenzen. Räumliche Montagedimensionen sind hingegen kennzeichnend für die Diagnosefindungsgespräche der Arztfiguren bei *House*. Dabei untermauert der perspektivische Schwenk in einem Raum zwischen den Dialogpartnern deren differierende Theorien bezüglich des Krankheitsbildes eines Patienten.

### 5.6.6 Visuelle und Spezialeffekte

Auch im medizinischen Fernsehgenre wird die Erlebnisintensität der Zuschauer durch visuelle Effekte gesteigert. Die so angehobene Attraktivität bzw. der Schauwert der Serien verhält sich jedoch proportional zum Fiktionalitätsbewusstsein des Publikums: je offensichtlicher die Tricks, desto unrealistischer erscheint das Gezeigte (Mikos 2008). Im resultierenden Fernsehbild scheinen die Grenzen zwischen digital (visuellen) und am Set erzeugten (Spezial-) Effekten mit zunehmender Technisierung häufig zu verschwimmen.

Bestandteil nahezu jeder Episode sind medizin-typische offensichtliche Manipulationen wie Kunstblut und gefederte Spritzen. Aufwendigere Simulationen, wie eigens angefertigte Endoskopattrappen, lassen sich in der Serienanalyse, hauptsächlich bei *House* und *ER* nachweisen. Auch werden dort durchgeführte Operationen häufig nicht ausgeblendet. Im fließenden Übergang zu Schockbildern, einer weiteren stilistischen Finesse im Fernsehen, wird das Laienpublikum mit offenen OP-Situs, amputierten Extremitäten, spektakulären Elektroschocks bei Reanimationen und blutüberströmten Patientenfiguren konfrontiert. Letztere sind charakteristisch für Unfallopfer der Notaufnahme aus *ER*. Eindrucksvolle Schockszenarien liefern Trepanationen bzw. Kopfbohrungen im Zuge von Gehirnbiospien bei *House*. Serientypisches Stilelement sind ebenso die im *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital* nahezu regelhaft auftretenden epileptischen Anfälle der Patienten.

Zu den Komponenten der Gestaltung vor laufender Kamera zählen Stuntmen-Einsätze und Handkameratechniken, wie sie bei einem Tandemfallschirmsprung von Dr. Elliot Reid und Dr. John Dorian (*Scrubs* II-7) angewendet werden. Dagegen wird bei *House* weniger das Privatleben der Ärzte animiert. Vielmehr wird der Zuschauer durch spektakuläre, auf Krankenhaus fokussierte Eindrücke, wie beispielsweise einen plötzlich brennenden Patienten, in den Bann gezogen. Pyrotechnik zum Nachstellen von Explosionen und Feuerattrappen lassen sich dieser am Set erzeugten Kategorie zuordnen. Vornehmlich in den nach Afrika bzw. Irak ausgelagerten Episoden von *ER* (z.B. XII-8) erfolgt eine Konfrontation des Publikums mit derartig aktionsgeladenen Bildern.

Nachträgliche Formung des Exterieurs der TV-Sendungen können die Produzenten mit Bildbearbeitung und Computeranimation erwirken. Es werden Flugzeug- (*ER* XII-8) bzw. Hubschrauberabstürze (*ER* X-8) oder gar Hauseinstürze (*House*, VI) simuliert. Als eines der markantesten Stilelemente der Serie nimmt *House* seine Zuschauer regelmäßig mit auf computergenerierte Reisen durch das Innere des menschlichen Körpers. Spektakuläre Bilder liefert bereits die erste Folge (*House* I-1) mit einer buchstäblichen Fahrt durch die anatomischen Welten des Gehirns oder das Interieur einer Lungenendoskopie (*House*, II-1). Auf eindrucksvolle Weise erhält der Laie Einblicke in medizinische Zusammenhänge. Denn wenn ein aufgehendes Hirnarterienaneurysma mittels „Latex-Magie“ nachgestellt wird (Jackman 2011), fördert dies das Verständnis für jene Erkrankung.

## **5.7 Zusammenfassung des Seriencharakters anhand der Dramaturgie**

Alle in die Betrachtung eingeschlossenen Fernsehsendungen weisen jene für ihr Genre der Krankenhausserien namengebende Merkmale auf. Eine detaillierte Analyse der dramaturgischen Strukturen offenbart, dass (vor jeglicher quantitativen oder qualitativen Betrachtung fachlicher Parameter) stilistische Anhaltspunkte auf Differenzen im medizinischen Gehalt der Krankenhausserien hinweisen.

Bereits die auf Unterhaltung ausgelegte Struktur mit Dominanz der Komik bei *Scrubs* lässt erahnen, dass wissenschaftliche Einzelheiten nicht notwendigerweise Bestandteil dieser modernen Arztserie sind. Entscheidendes architektonisches Element sind die spaßigen Monologe und Dialoge der Protagonisten. Daher ist *Scrubs* bei der Einordnung in ein Subgenre der Krankenhausserien am ehesten zwischen Sitcom und medizinischem Drama, gelegentlich auch als Damedy (Barnet 2007) beschrieben, anzusiedeln.

Dramaturgisch gesehen scheint *House* eine Mittelstellung einzunehmen. Im Vordergrund dieser Serie stehen tatsächlich Erkrankungen der Patienten bzw. die Suche nach der medizinischen Lösung des Falles, dennoch geht es den Produzenten hier primär nicht um fachliche Wissensvermittlung. Das präsentierte Krankenhaus ist ebenso besonders wie seine Ärzte, Patienten und außergewöhnlichen Erkrankungen, eine surreale, aber für den Zuschauer attraktive und spannende Zauberwelt eingebettet in ein modernes PC-animiertes Gestaltungskonzept.

Derartige Ausschmückungen finden sich bei *ER* hingegen selten. Selbst die Handlungsketten treten gelegentlich in den Schatten der Darstellung der Akutpatienten mit ihren notfalltypischen Erkrankungen und deren Behandlung in insgesamt temporeicher Taktung.

Eine solche an der Realität orientierte Gestaltung deutet auf hohen medizinischen Informationsgehalt und Authentizitätscharakter dieser Serie hin.

## 5.8 Erfassung der Krankheitshäufigkeiten im Serienvergleich

Bereits die nach Rezeption aller Episoden abgeschlossene Dimensionierung der Fallzahl erweist sich als Zeugnis von Divergenzen der TV-Serien untereinander. Während dem Zuschauer bei *Scrubs* und *House* im Mittel zwei (1,7 bzw. 2,3) Erkrankungen pro Folge präsentiert werden, sieht dieser sich bei *ER* mit durchschnittlich acht Fällen konfrontiert.

Im Rahmen der Analyse fällt zudem ein gehäuftes Auftreten eigener Erkrankungen der TV-Ärzte auf, weshalb diese noch zusätzlich gesondert erfasst werden. Allen drei analysierten Serien ist dabei gemeinsam, dass die gegenwärtigen TV-Mediziner überaus häufig selbst an vielfältigen Formen von Krankheiten leiden. Die hier erhobene komplette Aufschlüsselung beweist den Facettenreichtum der eigenen Erkrankungen der fiktiven Krankenhausärzte (**Tab. 3**):

### Komplette Aufschlüsselung der TV-Ärzte mit eigenen Erkrankungen

Serie	Arzt/Ärztin	Erkrankung(en)
<b>House</b>	Dr. House	Medikamentenabusus/-abhängigkeit, Alkoholabusus, Arterieninfarkt untere Extremität mit resultierender Gehbehinderung, Weichgewebstumor (medikamenteninduziert)
	Dr. Chase	anaphylaktischer Schock
	Dr. Cuddy	Konversionsstörung, Nierentumor (benigne), Medikamentenallergie
	Dr. Cutner	Schussverletzung (suizidal)
	Dr. Forman	Amöbenencephalitis
	Dr. Hadley	akutes Nierenversagen (medikamenteninduziert), Chorea Huntington
	Dr. Wilson	Thymom
<b>Scrubs</b>	Dr. Dorian	Appendizitis, Epistaxis (traumatisch), vasovagale Synkopen
	Dr. Turk	gastroösophageale Refluxkrankheit, Hämatom Auge, Diabetes mellitus, Fraktur obere Extremität
	Dr. Kelso	arterielle Hypertonie
	Dr. Murphy	Fraktur untere Extremität
	Dr. Todd	Diarrhoe durch Medikamente
<b>ER</b>	Dr. Ross	Alkoholintoxikation, HWS-Verletzung, Kopfplatzwunde
	Dr. Kayson	kardiogener Schock
	Dr. Benton	Luxation Finger, Appendizitis, Fraktur Clavicula
	Dr. Morgenstern	Fraktur untere Extremität, Myokardinfarkt

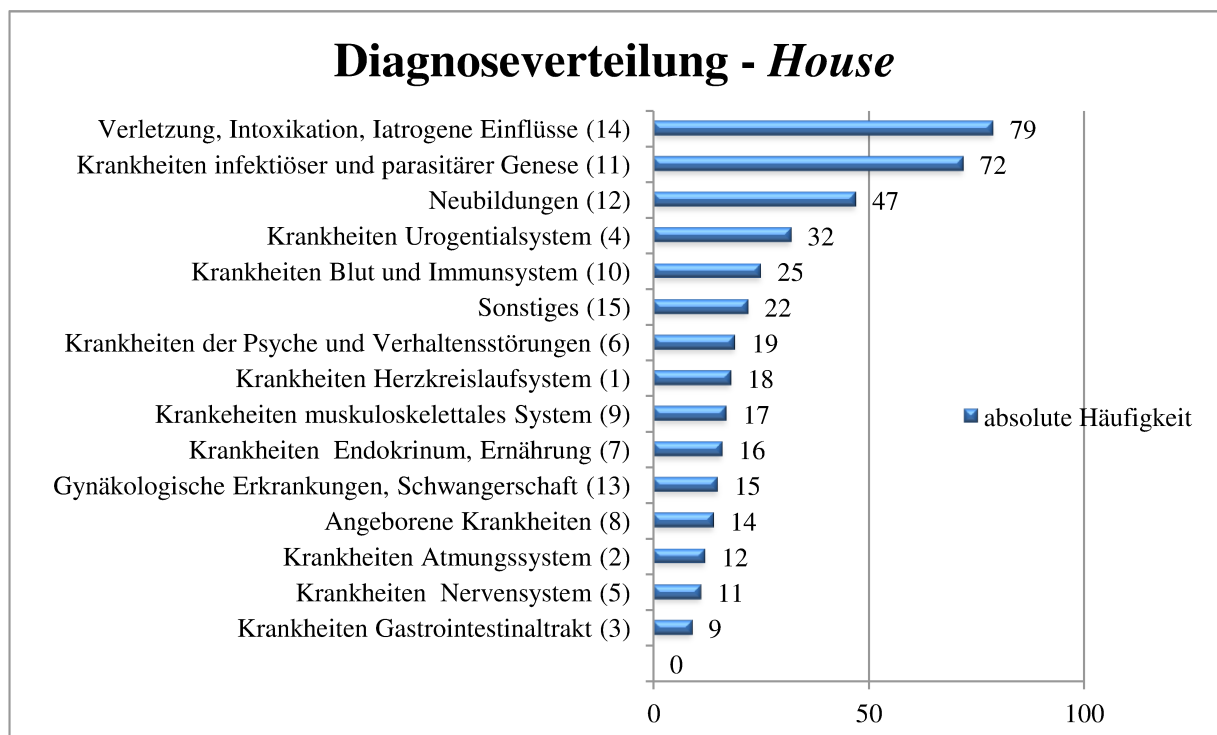


Dr. Weaver	Kopfverletzung, Benzol-Intoxikation, Schwangerschaft (Abort), Hüftgelenksarthrose mit Gehbehinderung, Hüftprellung
Dr. Greene	Fraktur Rippen und obere Extremität, Bissverletzung obere Extremität, Knalltrauma, Schnittverletzung, Giftefeu-Intoxikation, Glioblastom Gehirn, SHT, Tumoredzidiv Gehirn
Dr. Carter	Verletzung Augen, Luxation Schulter, Kopfplatzwunde, Medikamentenabusus, Fremdkörper untere Extremität, Bissverletzung obere Extremität, Virusinfektion, chronisches Nierenversagen nach Bilharziose mit Nierentransplantation
Dr. Corday	Verletzung Augen, Giftefeu-Intoxikation, Schwangerschaft (vorzeitige Wehen), Gastroenteritis
Dr. Chen	Schwangerschaft/Geburt, Virus-Infektion, Schussverletzung untere Extremität, Fraktur Rippen
Dr. Kovac	Kopfplatzwunde, Kopfverletzung, Malaria, Bissverletzung obere Extremität, RM-Läsion, Quetschung obere Extremität,
Dr. Lockhart	SHT, Fraktur Rippen, Virus-Infektion, Alkoholabusus/-Abhängigkeit, Schwangerschaft (vorzeitige Wehen mit Plazentalösung)/Geburt, SHT, Verletzung obere Extremität
Assistenzarzt Nathan	Morbus Parkinson
Dr. Romano	Quetschung obere Extremität, Verbrennung obere Extremität, traumatische Amputation obere Extremität, Tod nach Verletzungen durch Hubschrauberabsturz
Dr. Lewis	Schwangerschaft (vorzeitige Wehen)
Dr. Pratt	epidurales Hämatom, Tod durch multiple Verletzungen
Dr. Gallant	Schussverletzung obere Extremität, Tod durch multiple Verletzungen bei Militäreinsatz
Dr. Dubenko	Prostata-CA, Bissverletzung untere Extremität
Dr. Barnett	Verletzung Gesicht, traumatische Amputation unter Extremitäten
Dr. Gates	Fraktur untere Extremität und Rippen,
Dr. Morris	Polythelie, Bissverletzung obere Extremität, Prellung obere Extremität, Atemstillstand (Stromeinwirkung)
Dr. Clemente	Schussverletzung obere Extremität, Drogen-Intoxikation, psychische Störung
Dr. Rasgotra	Synkope, Quetschung Thorax und Abdomen, Rissverletzungen, Rhabdomyolyse, Ileus

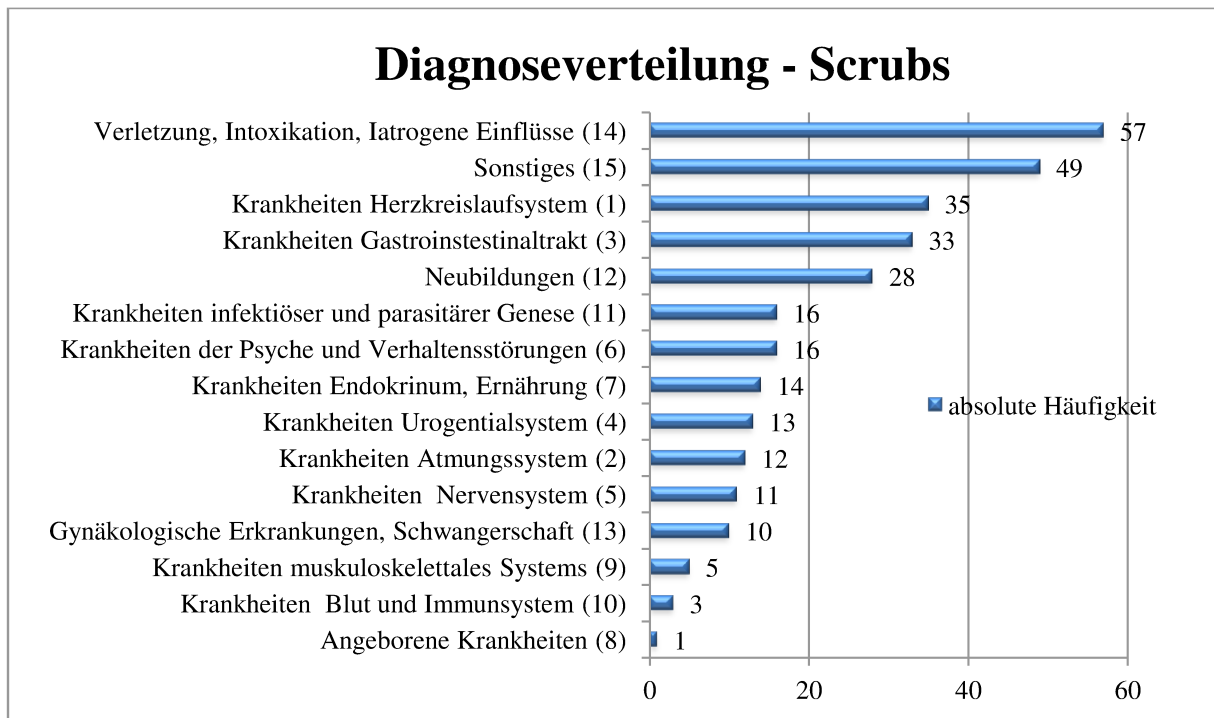
**Tabelle 3:** Komplette Aufschlüsselung der TV-Ärzte mit eigenen Erkrankungen

Die quantitative Erfassung zeigt außerdem, wie vermutet, prägnante Unterschiede in den absoluten Häufigkeiten im Auftreten der fünfzehn Erkrankungsgruppen innerhalb einer

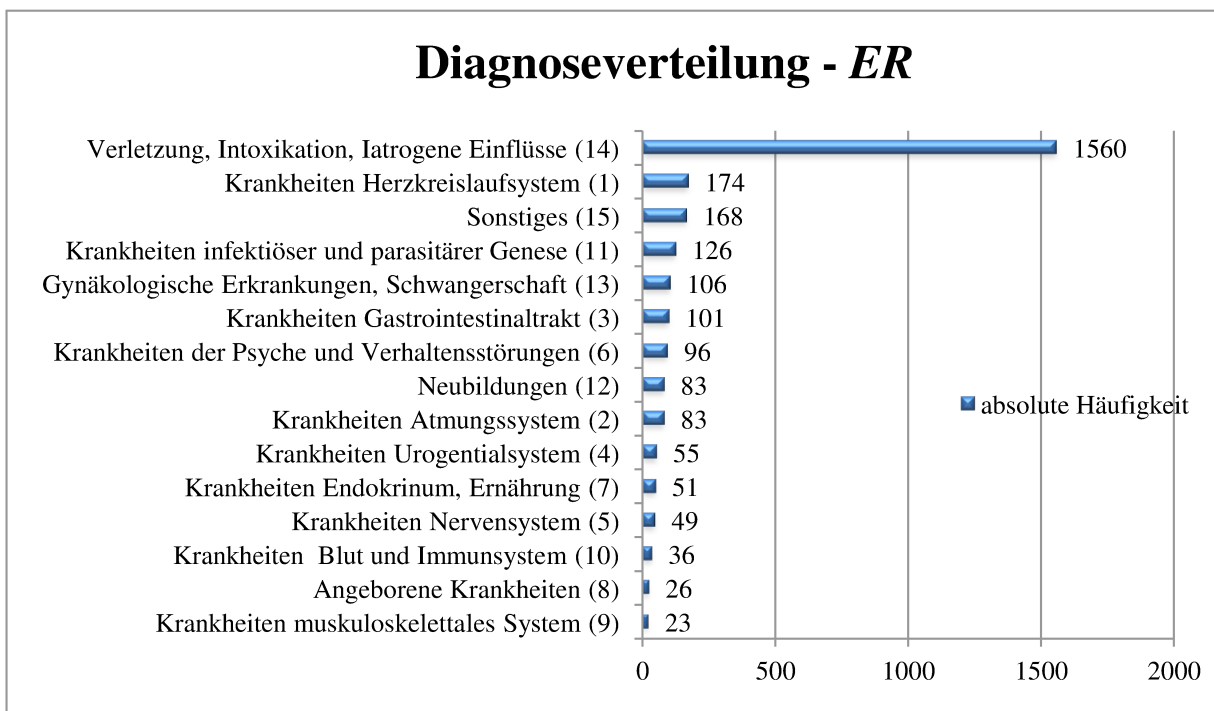
Sendung, welche jeweils in entsprechenden Balkendiagrammen veranschaulicht sind (**Abb. 7, 8, 9**). Besonders augenscheinlich bei der gegenüberstellenden Betrachtung ist, dass bei allen drei Vertretern die Diagnosekategorie 14 (Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse) mit mehr oder weniger großem Abstand der am häufigsten beobachtete Krankheitskomplex ist. Für *ER* ist diese Kategorie (14) sogar für mehr als die Hälfte (57%) aller in den Episoden registrierten Fälle verschlüsselt. Danach folgen bei *House* die Gattungen Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese (11), Neubildungen (12) bzw. Krankheiten des Urogenitalsystems (4) mit einem mittleren Anteil von je 12% an der Gesamtzahl. Lediglich neun aus 328 registrierten Fällen jener Sendung sind gastrointestinaler Art (3). Bei *Scrubs* hingegen gehört die letztgenannte Kategorie zusammen mit Krankheiten des Herzkreislaufsystems (1) und Sonstigen (15) zu den am meisten gestellten Diagnosetypen. Selten in der Serie filmisch thematisiert sind Krankheiten des blutbildenden und Immunsystems (10) sowie angeborene Fehlbildungen/Chromosomenstörungen (8). Auch in *ER* zählen diese beiden zusammen mit Krankheiten des muskuloskelettalen Systems (9) zu den am wenigsten reflektierten Arten von Erkrankungen. Neben der mit 1560 Fällen imposanten Präsenz der Kategorie Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse (14) lässt sich eine Akzentuierung von Herzkreislaufferkrankungen (1) und Infektionen (11) mit im Mittel 150 Fällen bei *ER* nachweisen.



**Abbildung 7:** Diagnoseverteilung *House*



**Abbildung 8:** Diagnoseverteilung *Scrubs*



**Abbildung 9:** Diagnoseverteilung *ER*

Bei der statistischen interseriellen Verifizierung mittels Chi-Quadrat-Testung erweisen sich diese augenscheinlichen globalen Differenzen zwischen den drei Vertretern als signifikant ( $p < 0,001$ ) (T 1, **Tab. 4**). Dieser Zusammenhang bestätigt sich auch in den direkten

Gegenüberstellungen *House* vs. *Scrubs* (T 2a), *House* vs. *ER* (T 2b) und *Scrubs* vs. *ER* (T 2c) (für alle Testungen der Reihe T 2  $p < 0,001$ ). Es ist demnach also bewiesen, dass die ausgewerteten TV-Sendungen im Vorkommen der Diagnosegruppen divergieren (vgl. H0 1), was eine detailliertere Analyse durch eine dritte Testreihe (T 3), zur Untersuchung welchen Charakters diese Unterschiede sind, sinnvoll erscheinen lässt.

#### **P-Werte\*\* zum Verhältnis der Krankheitsgruppen – interserieller Vergleich**

<b>Diagnose</b>	<b>House in %</b>	<b>Scrubs in %</b>	<b>ER in %</b>	<b>p- Wert**gesamt</b>	<b>p- Wert** House vs. Scrubs</b>	<b>P- Wert** House vs. ER</b>	<b>p- Wert** Scrubs vs. ER</b>
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	4,4	11,6	6,4	<b>0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,149	<b>0,002*</b>
Krankheiten des Atmungssystems	2,9	4	3	0,633	0,531	1	0,382
Krankheiten des Gastrointestinaltraktes	2,2	10,9	3,7	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,148	<b>&lt;0,001*</b>
Krankheiten des Urogenitaltraktes	7,8	4,3	2	<b>&lt;0,001*</b>	0,062	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,021*</b>
Krankheiten des Nervensystems	2,7	3,6	1,8	0,062	0,516	0,241	<b>0,045*</b>
Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen	4,7	5,3	3,5	0,164	0,728	0,257	0,145
Krankheiten des Endokrinums, Stoffwechsels und der Ernährung	3,9	4,6	1,9	<b>0,001*</b>	0,708	<b>0,015*</b>	<b>0,005*</b>
Angeborene Fehlbildungen, Chromosomenstörungen	3,4	0,3	0,9	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,003*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,513
Krankheiten des muskuloskelettalen Systems	4,2	1,7	0,8	<b>&lt;0,001*</b>	0,078	<b>&lt;0,001*</b>	0,192
Krankheiten des hämatopoetischen Systems und des Immunsystems	6,1	1	1,3	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	1
Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese	17,6	5,3	4,6	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,566
Neubildungen	11,5	9,2	3	<b>&lt;0,001*</b>	0,388	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt	3,7	3,3	3,9	0,933	0,84	1	0,752
Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse	19,4	18,8	57	<b>&lt;0,001*</b>	0,923	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
Sonstiges	5,4	16,2	6,1	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,656	<b>&lt;0,001*</b>

\* signifikante Unterschiede

\*\* p-Werte exakter Test nach  
Fisher mit exakter Signifikanz  
(2-seitig)

**Tabelle 4:** P-Werte\*\* zum Verhältnis der Krankheitsgruppen – interserieller Vergleich

Die genauere Untersuchung offenbart, dass diese Divergenzen nicht bezüglich jeder Kategorie von Erkrankungen bestehen (**Tab. 4**). Erkrankungen des Atmungssystems (2), des Nervensystems (5), der Psyche (6) sowie gynäkologische Diagnosen (13) tauchen in allen drei medizinischen Serien prozentual ähnlich oft auf. Breiter gefächert ist das Vorkommen von Pathologien des Herzkreislaufsystems (1) und Gastrointestinalsystems (3). In Bezug auf diese beiden letztgenannten hebt sich *Scrubs* mit einer signifikant höheren Auftretenshäufigkeit von den anderen Sendungen ab. *House* fällt hingegen durch einen bemerkenswert hohen Anteil der infektiologischen Erkrankungen (11) und denen des Urogenitalsystems (4), somit auch der darin inbegriffenen Nierenerkrankungen, auf. Statistisch betrachtet nehmen gut- bzw. bösartige Neubildungen (12) bei *Scrubs* und *House* einen viel größeren Raum ein als beim dritten Genrevertreter. Eine hochsignifikante Betonung im Serienabgleich fand sich dagegen in *ER* in der immensen Anzahl der durch Verletzung, Intoxikation bzw. iatrogen induzierten Erkrankungen (14), wenngleich diese Form in jeder der Sendungen den höchsten Anteil an allen überhaupt verschlüsselten Diagnosen repräsentiert.

Die Nullhypothese ( $H_0$  2) kann daher abgelehnt werden, was mathematisch beweist, dass die eingangs vermuteten Unterschiede in den relativen Häufigkeiten der in den drei Serien dargestellten Erkrankungsgruppen hier tatsächlich signifikant sind.

## **5.9 Vergleich der Häufigkeiten mit realen Daten der amerikanischen Bevölkerung**

Alle aus *House*, *Scrubs* bzw. *ER* durch Beobachtung oder Berechnung gewonnenen Daten in Bezug auf absolute und erwartete Häufigkeiten sind in **Tab. 5** ersichtlich.

## Absolutes vs. erwartetes Auftreten der einzelnen Krankheitsgruppen

Serie	Diagnose	absolute Anzahl	aus Prävalenzen** berechnete
			erwartete Anzahl
House	Krankheiten Herzkreislaufsystem (1)	18	34,43
	Krankheiten Atmungssystem (2)	12	40,8
	Krankheiten des Gastrointestinaltraktes (3)	9	33,58
	Krankheiten des Urogenitaltraktes (4)	32	22
	Krankheiten des Nervensystems (5)	11	20,27
	Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen (6)	19	39,72
	Krankheiten des Endokrinums, Ernährung (7)	16	57,21
	Angeborene Fehlbildungen , Chromosomenstörungen (8)	14	4,55
	Krankheiten des muskuloskelettalen Systems (9)	17	54,7
	Krankheiten des blutbildenden Systems und Immunsystems (10)	25	37,83
	Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese (11)	72	11,46
	Neubildungen (12)	47	5,87
	Gynäkologische Erkrankungen (13)	15	7,22
	Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse (14)	79	16,52
	Sonstiges (wie Symptome, Laborbefunde, Haut, Ohr) (15)	22	/
Scrubs	Krankheiten Herzkreislaufsystem (1)	35	22,66
	Krankheiten Atmungssystem (2)	12	26,85
	Krankheiten des Gastrointestinaltraktes (3)	33	22,1
	Krankheiten des Urogenitaltraktes (4)	13	14,48
	Krankheiten des Nervensystems (5)	11	13,34
	Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen (6)	16	26,14
	Krankheiten des Endokrinums, Ernährung (7)	14	37,64
	Angeborene Fehlbildungen , Chromosomenstörungen (8)	1	3
	Krankheiten des muskuloskelettalen Systems (9)	5	35,99
	Krankheiten des blutbildenden Systems und Immunsystems (10)	3	24,89
	Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese (11)	16	7,54
	Neubildungen (12)	28	3,86
	Gynäkologische Erkrankungen (13)	10	4,67
	Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse (14)	57	10,87
	Sonstiges (wie Symptome, Laborbefunde, Haut, Ohr) (15)	49	/
ER	Krankheiten Herzkreislaufsystem (1)	174	229,15
	Krankheiten Atmungssystem (2)	83	271,54
	Krankheiten des Gastrointestinaltraktes (3)	101	223,5
	Krankheiten des Urogenitaltraktes (4)	55	146,43
	Krankheiten des Nervensystems (5)	49	134,87
	Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen (6)	96	264,35
	Krankheiten des Endokrinums, Ernährung (7)	51	380,73
	Angeborene Fehlbildungen , Chromosomenstörungen (8)	26	30,31
	Krankheiten des muskuloskelettalen Systems (9)	23	364,03
	Krankheiten des blutbildenden Systems und Immunsystems (10)	36	251,76
	Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese (11)	126	76,3
	Neubildungen (12)	83	39,05
	Gynäkologische Erkrankungen (13)	106	47,27
	Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse (14)	1560	109,95
	Sonstiges (wie Symptome, Laborbefunde, Haut, Ohr) (15)	168	/

**Tabelle 5:** Absolutes vs. erwartetes Auftreten der einzelnen Krankheitsgruppen

\*\*Prävalenzen auf Basis (Clearinghouse 2010, D. Hirtz et al. 2007, Golden et al. 2009, Health Grades 2011, Kessler R. 2005, Sondik und Gentleman 2006b, Litwin et al. 2005, USRDS Coordinating Center 2011, WHO 2004, Sondik und Gentleman 2006a, Joshua J. Jacobs 2011, Health Grades 1999, Health Grades 2001, Grosse SG et al. 2011, Diseases 2003, Roper und Chapel Hill 2005, Howlader N 2009, Kjerulff et al. 2007, Health and Nutrition 2011)

Dass die drei Genrevertreter in der Präsentation der Erkrankungsbilder von der realen Verteilung dieser verschieden sind, lassen maßgebliche Divergenzen im Chi-Quadrat-Anpassungstest sichtbar werden. Bereits die ganzheitliche Gegenüberstellung ergibt eine hochsignifikante (jeweils  $p < 0,001$ ) Kluft zwischen den beobachteten und anhand von Prävalenzdaten zu erwartenden Werten (T 4) für jede der TV-Serien (vgl. H0 3).

Die imposanteste Ambivalenz zwischen realer und fiktionaler Verteilung der Diagnosegruppen (T 5, vgl. H0 3, **Tab. 6**) weisen *ER* und *House* auf. Bis auf die Gruppe der angeborenen Erkrankungen (9) bei *ER* und Krankheiten des Blut- und Immunsystems bei *House* zeigen alle restlichen eine statistisch relevante Entfernung von den initial erwarteten Werten. Dass jedoch bei *ER* der überdimensionale Anteil der Verletzungen (14) von mehr als 50% sich zwangsläufig stark auf alle anderen Häufigkeiten auswirkt, darf dabei nicht ganz außer Acht gelassen werden. *House* kommt in der Darstellung der gynäkologischen, neurologischen sowie Erkrankungen des urogenitalen Systems den echten Verhältnissen am nächsten. Davon abgesehen deckt die Testung der Serie in allen anderen Diagnosekomplexen signifikante Diskrepanzen zwischen absolutem vs. erwartetem Vorkommen auf. *Scrubs* ist jedoch der Vertreter mit der größten Annäherung an reale Prävalenzdaten. Dennoch erweisen sich auch in dieser Sendung lediglich in drei von vierzehn Krankheitsfeldern die Unterschiede zwischen beobachteten und realen Daten als statistisch nicht signifikant. Authentische Werte finden sich insbesondere im Bereich der neurologischen wie auch der urogenitalen Erkrankungen. Als einzige der drei Sendungen spiegelt *Scrubs* diese beiden in annähernd realistischen zahlenmäßigen Verhältnissen wider. Nur in sieben Fällen können keine relevanten Unterschiede zwischen echtem Vorkommen und TV-Präsentation einer Serie detektiert werden. Daher kann die mediale Darstellung von Krankheitshäufigkeiten insgesamt als stark von realen Prävalenzen alterierend eingeschätzt werden.

### P-Werte\*\* Nachweis Unterschiede in beobachteten vs. erwarteten Häufigkeiten

Diagnose	House	Scrubs	ER
Krankheiten des Herzkreislaufsystems (1)	0,004*	0,009*	<0,001*
Krankheiten des Atmungssystems (2)	<0,001*	0,003*	<0,001*
Krankheiten des Gastrointestinaltraktes (3)	<0,001*	0,019*	<0,001*
Krankheiten des Urogenitaltraktes (4)	0,036*	0,787	<0,001*
Krankheiten des Nervensystems (5)	0,039*	0,576	<0,001*
Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen (6)	0,001*	0,038*	<0,001*
Krankheiten des Endokrinums, Stoffwechsels und der Ernährung (7)	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Angeborene Fehlbildungen, Chromosomenstörungen (8)	<0,001*	0,381	0,466
Krankheiten des muskuloskelettalen Systems (9)	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Krankheiten des hämatopoetischen Systems und des Immunsystems (10)	0,032	<0,001*	<0,001*
Krankheiten infektiöser und parasitärer Genese (11)	<0,001*	0,004*	<0,001*
Neubildungen (12)	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt (13)	0,07	0,02*	<0,001*
Verletzung, Intoxikation, iatrogene Einflüsse (14)	<0,001*	<0,001*	<0,001*

\* signifikante Unterschiede

\*\* exakte Signifikanzanalyse mit Chi-Quadrat-Anpassungstest

**Tabelle 6:** P-Werte\*\* Nachweis der Unterschiede in beobachteten vs. erwarteten Häufigkeiten

## 5.10 Analyse der Nierenerkrankungen

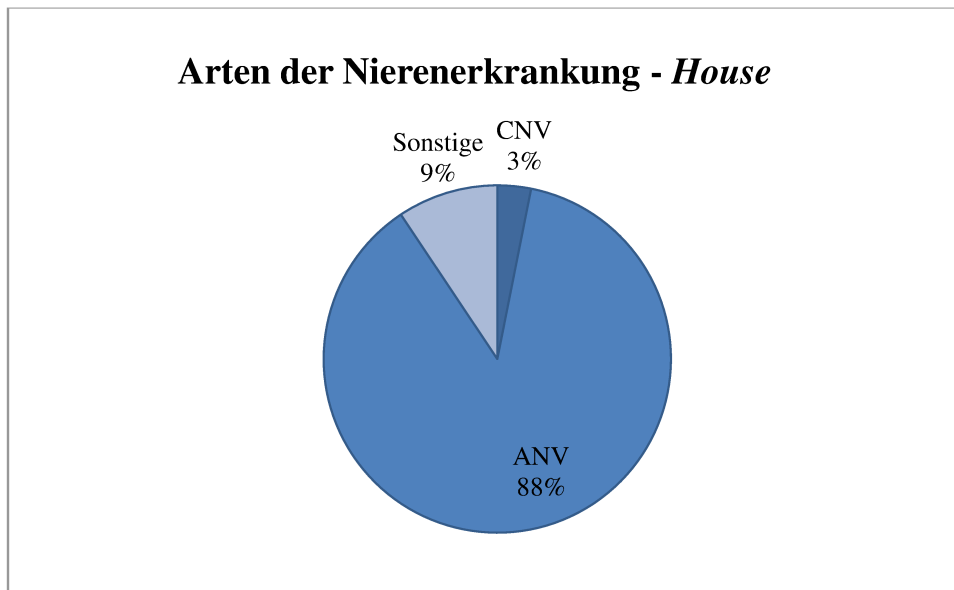
Unter Berücksichtigung einer wohl auch auf der unterschiedlichen dramaturgischen Struktur basierenden Verzerrung in den Prävalenzen zwischen Serien-Fiktion und Realität soll hier am Beispiel der Erkrankungen des urogenitalen Systems ein erneute Prüfung der drei Genrevertreter auf deren medizinischen Informationsgehalt erfolgen.

Vor einer deskriptiven Aufschlüsselung nach Arten und Therapien dieses Krankheitstyps sei zu bemerken, dass im Rahmen dieser Arbeit anfänglich auch eine Analyse in Orientierung an gängigen Leitlinien hinsichtlich Diagnostik und Therapie renaler Fehlfunktion angestrebt wurde. Als erstes wichtiges Ergebnis kann daher gelten, dass sich alle Serien im Zuge der Rezeption in Bezug auf die Präsentation einer dahingehend auswertbaren Information als unzureichend erwiesen. Selbst *House* mit seiner Hauptfigur eines Facharztes der Nephrologie und der Fokussierung auf einzelne Fälle in den Episoden (vgl. Kapitel 6.3) offenbarte sich als für den ursprünglich geplanten Leitlinienvergleich nicht geeignet.

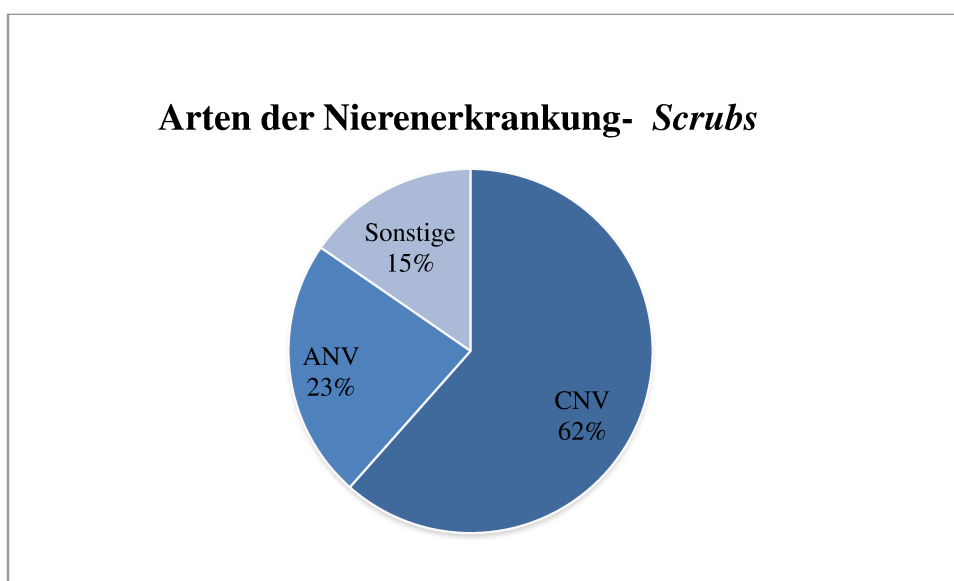
Der Anteil der Nierenerkrankungen an allen Diagnosen wird in der fiktionalen TV-Welt überraschenderweise verhältnismäßig realistisch wiedergegeben. Lediglich in *ER* beträgt die Häufigkeit von Kategorie 4 nur etwa ein Drittel des zu erwartenden Wertes.



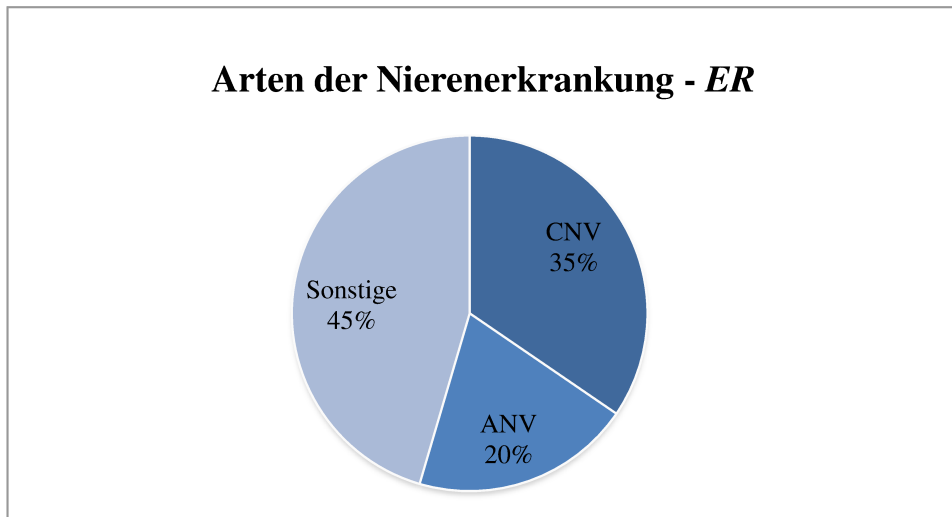
In den Serien gestaltet sich die Verteilung der Arten von renaler Fehlfunktion in folgender Weise (**Abb. 10, 11, 12**):



**Abbildung 10:** Arten der Nierenerkrankung - *House*



**Abbildung 11:** Arten der Nierenerkrankung - *Scrubs*



**Abbildung 12:** Arten der Nierenerkrankung - ER

Die eingängliche Vermutung, dass die Formen der Nierenerkrankungen in den drei medizinischen Serien nicht zu gleichen Anteilen vertreten sind (T 6), erweist sich auch mathematisch als richtig ( $p < 0,001$ ) (vgl. HO 4). In erneuter Anwendung des Chi-Quadrat-Tests nach Fisher bestätigen sich diese Inhomogenitäten, ebenso bei Auftrennung in den Paarungen *House* vs. *Scrubs* ( $p < 0,001$ ) und *House* vs. *ER*. Für die Kontrastierung von *Scrubs* und *ER* ergeben sich hingegen komparable Verteilungsmuster hinsichtlich der Diagnosen akuten und chronischen Nierenversagens, sowie sonstiger Erkrankungen des Urogenitalsystems ( $p = 0,124$ ).

Eine nicht identische Verteilung lässt sich auch unter den drei genannten Diagnosen in der separaten Aufgliederung mathematisch sichern (T 7, **Tab. 7**). Setzt man so beispielsweise das chronische Nierenversagen mit allen restlichen renalen Diagnosen ins Verhältnis, so weichen alle der Sendungen statistisch valide in diesem Wert voneinander ab (jeweils  $p < 0,001$ ). Für das chronische Nierenversagen hat diese Ungleichverteilung auch bei jeder Parallelisierung von jeweils zwei der TV-Vertreter Bestand. Lediglich die Gruppierungen *House* vs. *Scrubs* und *House* vs. *ER* erweisen sich hingegen bei der mathematischen Erörterung des akuten Nierenversagens als untereinander nicht konform. Die unter „Sonstiges“ zusammengefassten restlichen Diagnosen urogenitaler Art lassen, mit der Ausnahme *House* vs. *ER*, eine eher konvergierende Tendenz in der Prüfung der Verteilung erkennen.

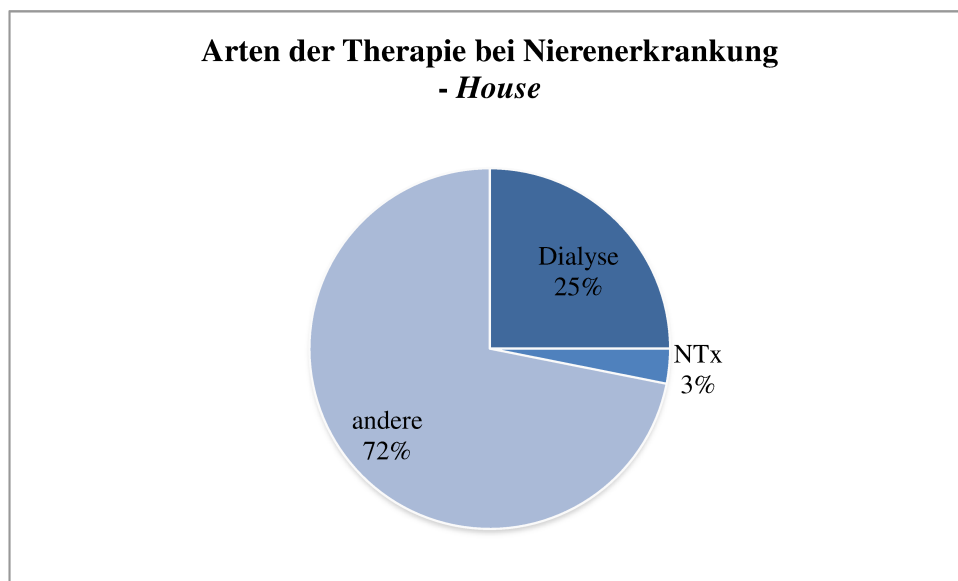
Diagnose	p-Wert** gesamt	p-Wert** House vs. Scrubs	P-Wert** House vs. ER	p-Wert** Scrubs vs. ER
CNV	0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
ANV	<0,001*	<0,001*	<0,001*	1
Sonstige	0,001*	0,617	0,001*	0,061

\* signifikante Unterschiede

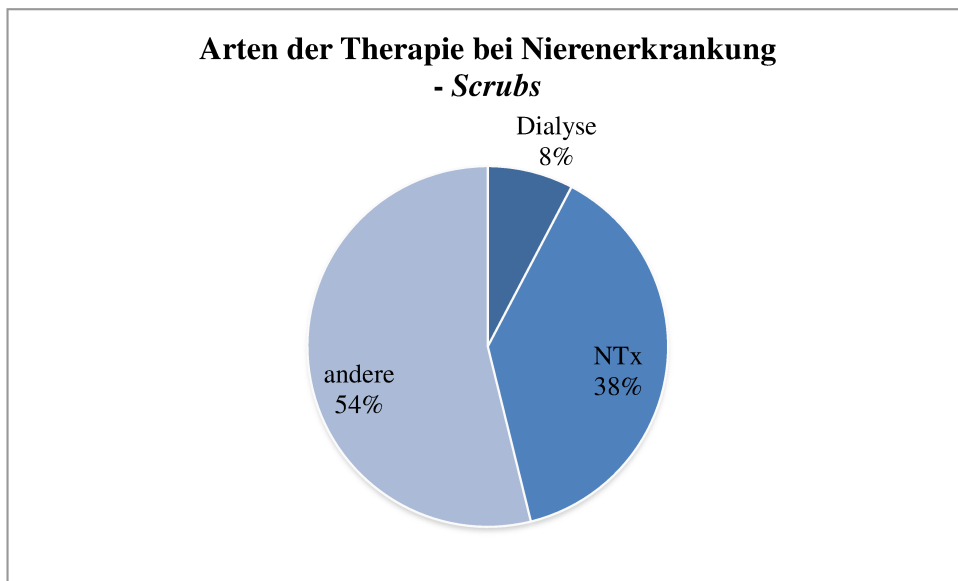
\*\*alle p-Werte exakter Test nach Fisher mit exakter Signifikanz (2-seitig)

**Tabelle 7:** P-Werte\*\* Nachweis der Unterschiede im Auftreten einzelner Nierendiagnosen (T 7)

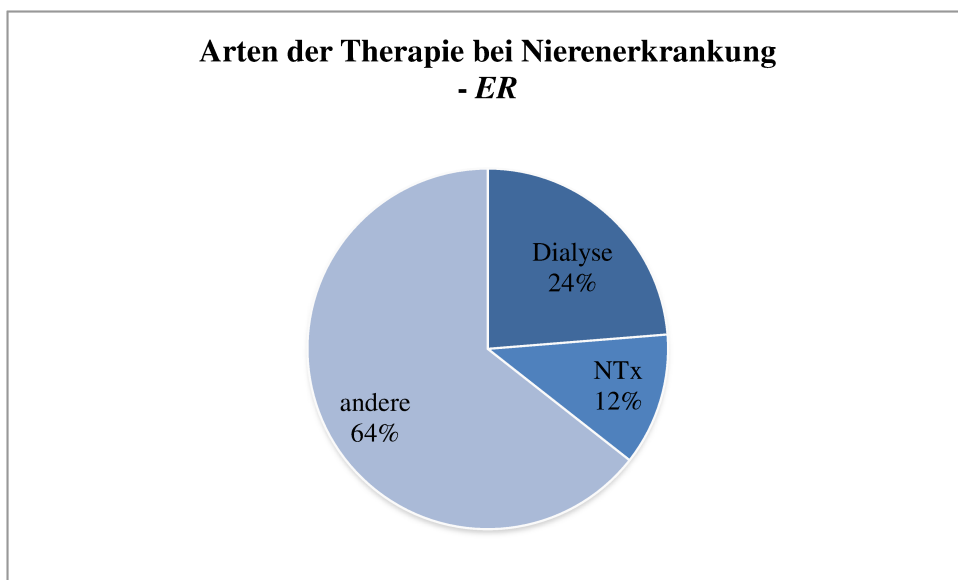
In den drei Krankenhausserien gestaltete sich die Thematisierung der Arten von Therapien bei Nierenerkrankungen wie folgt (**Abb. 13, 14, 15**):



**Abbildung 13:** Arten der Therapie bei Nierenerkrankung - House



**Abbildung 14:** Arten der Therapie bei Nierenerkrankung - *Scrubs*



**Abbildung 15:** Arten der Therapie bei Nierenerkrankung - *ER*

Aus den Kreisdiagrammen wird ersichtlich, dass jede der drei klassifizierten Therapien in den Serien Anklang findet, wobei die mit jeweils über 50% dominierende die Kategorie aller von Transplantation und Dialyse divergierenden Behandlungsformen ist.

Betrachtet man die hier aufgeschlüsselten Therapieformen bei Nierenerkrankungen im Vierfeldertest (vgl. H 05), so enthüllen sich im globalen interseriellen Vergleich (T 8) keinerlei valide Verteilungsinkongruenzen (jeweils  $p > 0,05$ ). Um kleinste Differenzen dahingehend nicht zu übersehen, wird dennoch eine Einzelprüfung in analoger Methodik wie

bei den Nierendiagnosen angeschlossen (T 9a, T 9b, T 9c). Auch die statistische Verifizierung (vgl. **Tab. 7**) bescheinigt den drei Kliniksendungen ein recht uniformes Verteilungsmuster in der Thematisierung von Dialyse, Nierentransplantation und anderen Therapien bei renalen Erkrankungen. Einzig für die Präsentation der Transplantation kann zwischen *House* vs. *ER* bzw. *Scrubs* eine mathematisch relevante Inhomogenität ( $p=0,005$  bzw.  $p=0,006$ ) aufgedeckt werden.

Therapie	p-Wert**gesamt	p-Wert** House vs. Scrubs	P-Wert** House vs. ER	p-Wert** Scrubs vs. ER
Dialyse	0,466	0,249	1	0,276
NTx	<b>0,006*</b>	<b>0,005*</b>	0,252	<b>0,034*</b>
weder noch	0,465	0,034	0,495	0,535

\* signifikante Unterschiede

\*\* alle p-Werte exakter Test nach Fisher mit exakter Signifikanz (2-seitig)

**Tabelle 8:** P-Werte\*\* Nachweis der Unterschiede in Anwendung der Therapieformen (T 9)

## 6. Diskussion

### 6.1 Medienwissenschaftliche und serienanalytische Betrachtungen

Die Auseinandersetzung mit zeitgenössischer Literatur beweist, dass ältere medienwissenschaftliche Theorien zur Informationsübernahme aus dem Medium Fernsehen im Sinne der bereits beschriebenen *Social Learning Theory* (Bandura 1969) bzw. einer Kultivierung (Gerbner et al. 1978) auch in gegenwärtigen, sogar explizit Krankenhausserien beleuchtenden Betrachtungen (Rossmann 2003) Bestand haben. Ebenso ist das Modell Entertainment Education in modernen theoretischen (Singhal und Rogers 2002) und serienanalytischen Studien (Brodie et al. 2001) weiterhin fest verankert. Bestimmte Episoden von *ER* und *Grey's Anatomy* wären den Autoren zufolge ursächlich für ein zumindest kurzfristig gesteigertes Wissen der Zuschauer über HPV, Notfallkontrazeption (Brodie et al. 2001) oder das BRCA-Gen (Hether et al. 2008). In Bezug auf die letztgenannte Studie folgte der TV-Darstellung von Brustkrebs bei den Zuschauerinnen sogar eine gesteigerte Intention

an Screening-Untersuchungen teilzunehmen. Jegliche Art präsentierter (möglicherweise fehlerhafter) Botschaft kann daher vor dem Hintergrund seiner potentiellen Auswirkungen auf den TV-Rezipienten als rezensionswürdig eingestuft werden.

Die Dimension jener Auswirkung wird durch Einflussnahme auf zwei grundsätzliche Ebenen determiniert: der Rezeptor (Zuschauer-Ebene) selbst spielt für jenes Ausmaß eine ähnlich wichtige Rolle wie die ihm präsentierte Rohinformation (TV-Ebene). Kognitive Verarbeitung, soziodemografischer Status oder Realitätserfahrungen als Zuschauervariablen sind im Gegensatz zu anderen Betrachtungen (Hawkins et al. 1987, Brodie et al. 2001, Quick 2009) nicht Gegenstand der Arbeit. Die volle Tragweite der TV-Effekte von medizinischen Serien bleibt daher auch hier im Dunkeln. Jedoch betonen Autoren ähnlicher Analysen die Unmöglichkeit der Berücksichtigung aller auf den Prozess einwirkenden Faktoren (Singhal und Rogers 2002). Auf TV-Ebene können Quantitäten der medizinischen Serien wie epidemiologische Daten oder Arten der Erkrankungen und deren Therapien der fiktiven Patienten erhoben werden, wie es beispielsweise in einer US-amerikanischen Untersuchung von *ER* und *Grey's Anatomy* (Ye und Ward 2010) realisiert wurde. Ähnlich wie bei Hetsroni und Østbye (Hetsroni 2009, Østbye et al. 1997), welche epidemiologische Fakten der Sendung *ER* gegen echte Krankenhausdaten prüfen, geht auch diese Arbeit unter Einbeziehung realer Prävalenzen im Vergleich zu Ye und Ward (2010) einen Schritt weiter. Während sich Hetsroni auf die Deskription summierter Daten aus 71 Folgen von *ER*, *Chicago Hope* und *Grey's Anatomy* (Hetsroni 2009) beschränkt, stellen Ye und Ward 127 Episoden von *ER* und *Grey's Anatomy* (Ye und Ward 2010) einander vergleichend gegenüber. Im Gegensatz zu den stilistisch ähnlichen Genrevertretern dieser Autoren steht jedoch hier der Vergleich dreier völlig unterschiedlich konzipierter Sendungen im Mittelpunkt. Somit liefert diese Arbeit ferner Aussagen darüber, inwiefern sich trotz gleicher Genre-Zugehörigkeit stilistische Divergenzen der Vertreter auf deren Realitätsgehalt niederschlagen. Zudem werden *Scrubs*, *House* und *ER* im Rahmen der hier durchgeführten Explorationen nicht nur auszugsweise, sondern in lückenlos allen 690 veröffentlichten Episoden beleuchtet. Die dadurch umfasste Spanne von 1994 bis 2012 birgt zwar die Gefahr einer möglichen Veränderung der dargebotenen Informationen im zeitlichen Wandel in sich, jedoch wird durch die Einbeziehung der Gesamtheit der Folgen eine wesentlich umfassendere Datenbasis geschaffen. Außerdem beschränkt diese Arbeit die TV-Ebene nicht nur auf präsentierte Fakten, wie etwa Hetsroni und Østbye. Vielmehr fließt nebst diesen Quantitäten auch die stilistische Umsetzung der vermittelten Botschaften in die Rezension ein. Als Grundlage für

ein fundiertes Ergebnis fokussiert diese Rezension die drei Säulen Arzttrollen, Dramaturgie und Darstellung von Erkrankungen in der Serienanalyse (vgl. Kapitel 4.1).

## **6.2 Arztbilder der gewählten Fernsehserien und deren Bedeutung**

In der Erörterung des durch die Serien *House*, *Scrubs* und *ER* präsentierten Arztimages konnte die Beobachtung anderer Abhandlungen (Quick 2009, Chory-Assad und Tamborini 2003) bestätigt werden, dass die früher dominierenden „allmächtigen Heiler“ (McLaughlin 1975) gegenwärtig durch von positiven und negativen Eigenschaften durchsetzte fiktive Charaktere abgelöst werden. Jedoch zeigte sich in zahlreichen Analysen, exemplarisch von Chory-Assad und Tamborini (Chory-Assad und Tamborini 2003, Chory-Assad und Tamborini 2001), tendenziell ein vom Zuschauer weiterhin positiv wahrgenommenes Arztbild (Krüger-Brand 2003, Bittner et al. 2012). So bewerteten Vielseher deutscher Krankenhausserien in einer Studie von Rossmann (Rossmann 2003), unabhängig vom zwischengeschalteten Krankenhausaufenthalt und den damit verbundenen Realitätserfahrungen, Ärzte dennoch tendenziell besser als Wenigseher. Je mehr Serien von den Patienten rezipiert wurden, desto freundlicher wurden die realen Ärzte eingeschätzt und desto weniger Privatleben wurde ihnen zugestanden. Kontrovers zur Verzerrung der Arztwahrnehmung zum Positiven hin, postulieren andere Autoren (Witzel et al. 2003, Turow und Coe 1985) eine gegenteilige Wirkung. Das idealisierte TV-Image der Berufsgruppe impliziert beim Publikum überhöhte Erwartungen. Wenn dann eine Konfrontation mit der wirklichen Arztwelt erfolgt, muss es demnach zu einer Enttäuschung mit Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit kommen (Frustrationseffekt). Wegen der Unmöglichkeit einer Erfassung der gesamten Tragweite für den einzelnen Serienschauer sollten sich Ärzte auf jenes insgesamt TV-alterierte Bild einstellen und so beispielsweise Visiten zeitlich anpassen, so das deutsche Ärzteblatt 2009 (Tuffs 2009b). Inwiefern sich durch das hier vermittelte Portrait bei Vielsehern von Krankenhausserien in deren Wahrnehmung echter Mediziner niederschlägt, ist anders als bei Quick oder Rossmann nicht Gegenstand der Arbeit (Quick 2009, Rossmann 2003). Des Weiteren werden in kontrastierender Gegenüberstellung, jedoch nicht nur mittels Begutachtung einer Serie in Auszügen wie bei Quick (*Grey's Anatomy*) oder Bittner (*House*), hier die Hauptcharaktere dreier komplett eingebundener TV-Sendungen detailliert unter folgender Fragestellung erforscht: Wenngleich das mediale Arztbild im

Unterhaltungsfernsehen nicht mehr so idealisiert gefärbt zu sein scheint, macht es die zeitgenössische Vielschichtigkeit dahingehend dann auch wirklich realistischer?

Diese Hypothese vermag die Arbeit zu widerlegen. Hinter der ambivalenteren Arztkomposition verbirgt sich in erster Linie eine Stigmatisierung, sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht. Beispielsweise finden sich nicht nur in *House*, wie auch von Wicclair und Bittner für diese Sendung beschrieben, nahezu regelhaft gesetzliche und moralische Grenzüberschreitungen der Fernseh-Mediziner (Wicclair 2008b, Bittner et al. 2012). Die anderen beiden Serien stehen diesem Ausmaß einer solchen Verschiebung ins Negative in keiner Weise nach. Insbesondere in *Scrubs* und *House* erreicht der oftmals durch die Figuren verkörperte Mangel an Einfühlungsvermögen und Respekt vor den Patienten eine von der Realität abweichende Dimension. Dahingehend, wie auch die dargestellte Fachkompetenz betreffend, wirken die bodenständigen Berufsvertreter aus *ER* authentischer. Dennoch hält das von Varmus als solches bezeichnete „gute Arztportrait“ der Serie *ER* in dieser Rezension nicht allen Analysepunkten stand (Varmus 2001). Dafür sind neben den genannten Verstößen gegen Gesetz und Ethik Idealisierungen im Sinne von grenzenloser (zeitlicher) Aufopferung für den Beruf ursächlich. Derartiges ärztliches Hyperengagement lässt sich, in Kongruenz zu einer Studie von Strauman über *House*, in dieser Arbeit für die Kliniker aller Genrevertreter nachweisen (Strauman und Goodier 2010). Der in DuBoses Publikation anklingenden surrealen fachlichen Kompetenz des Teams von Dr. House gibt die hier vorgenommene Einschätzung Recht (DuBose 2010). Im Vergleich zu jener elitären Ärzteliga wirken die Kollegen bei *ER* und *Scrubs* in ihren Fähigkeiten authentischer. Dennoch wird in dieser Arbeit deutlich, dass dieses realistischere Portrait eher durch die Integration wiederum gegensinnig stigmatisierter Charaktere imponiert. Exemplarisch wird der fachlich heroische Status des Abteilungsleiters Dr. Cox in der Serie *Scrubs* durch die hyperbolisch inszenierte Unfähigkeit der Assistenzärzte abgemildert. Kritisch zu bemerken sei dennoch, dass hier drei wichtige, aber nicht alle Hauptfiguren explizit beleuchtet werden. Dies könnte die Tendenz des Ergebnisses ebenso verfälschen wie eine gewisse Subjektivität bei der Bewertung der nicht numerischen Kriterien der Analyse durch nur einen Untersucher.

Der Gedanke von Barnett bezüglich einer bei *House* dem Genre entgegenwirkenden Thematisierung von eigenen Erkrankungen der TV-Modelle wird in dieser Arbeit fortgeführt (Barnet 2007). Eine ähnliche Rollendiskrepanz beschreibt Strauß in Rezension der amerikanischen Serie *In Treatment*, in welcher der Hauptakteur und Psychotherapeut regelhaft selbst zum Patienten wird (Strauß 2011).



Interessanterweise ließen sich auch hier in allen gewählten Serien zahlreiche Beispiele (vgl. Kapitel 5.8, **Tab. 3**) für eine Verletzlichkeit der Krankenhausmediziner und damit auch gewisse Verschiebung hin zur Patientenrolle finden. In der erhobenen Auflistung imponiert die Tatsache, dass die fiktiven Mediziner neben Bagatell-Verletzungen oder Blinddarmentzündungen auch an in der Gesellschaft eher tabuisierten bzw. schwerwiegenden Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Tumorerkrankungen, Chorea Huntington und sogar Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit leiden. Ein Ergebnis, das somit ebenfalls deutlich wird und welches DuBose exemplarisch für die Figur des Dr. Gregory House nachweist, ist demnach: die TV-Mediziner werden gegenwärtig nicht mehr nur durch ihre berufliche Identität charakterisiert (DuBose 2010). Ein weiterer, in den früheren Auseinandersetzungen mit der Thematik nicht betrachteter Faktor, ist die Begutachtung der medial vermittelten Information im Hinblick auf die medizinische Interdisziplinarität und deren Bedeutung für das Berufsbild. Während in den Teams von *House* und *ER* die fachübergreifende Zusammenarbeit als Basis für Erfolg präsentiert wird, klingt der Aspekt verschiedener ärztlicher Disziplinen, in *Scrubs*, wenn überhaupt, im Tenor humoristisch arrangierter Konkurrenzkämpfe an.

### **6.3 Dramaturgie der gewählten Fernsehserien und deren Bedeutung**

In Ergänzung zu einer auf quantitativen medizinischen Rohinformationen beschränkten Aufgliederung der TV-Ebene (Hetsroni 2009) bezieht diese Arbeit das stilistische Grundgerüst der Fernsehserien ein. Andere, eher medienwissenschaftlich fundierte Ausführungen, fokussieren mit der dramaturgischen Rezension insbesondere die (Begründung der) Zuordnung der Krankenhausserien zu Subgenres (Faustich 2008, Barnet 2007). Auf Grundlage dieser Klassifizierung wird hier nach stilistischen, die Fachinformation einbettenden Merkmalen gesucht, welche maßgeblich für die Interpretation medizinischer Inhalte durch den Zuschauer sein könnten. Ferner werden Faktoren gesucht, die a priori jeglicher quantitativen Reflexion Hinweise auf den möglichen Realitätsgehalt der einzelnen Serien liefern. Zwar erfolgt hier die Bewertung nicht-numerischer Parameter durch einen einzigen nicht medienwissenschaftlich ausgebildeten Beobachter, allerdings wird durch die Festlegung definierter Analyse Kriterien ein objektivierbares Ergebnis geschaffen. Darüber hinaus kann diese Arbeit dahingehend, im Kontrast zu früheren Publikationen, erneut mit einer besonderen Größenordnung der zugrunde liegenden Daten aufwarten. Denn

Serienanalyse bedeutet nach einem Grundprinzip von Faulstich (Faulstich 2008) möglichst die Reflexion aller Episoden einer Serie. Diesem Leitsatz wird die Arbeit mit der kompletten Untersuchung aller jeweiligen Staffeln, im Gegensatz zu früheren Betrachtungen (Ye und Ward 2010, Strauman und Goodier 2008), in vollem Umfang gerecht. Nur so ist die Erfassung von inhaltlichen und narrativen Komponenten mit Auswirkung auf die Gesamtstruktur möglich.

Die fernsehanalytisch als Comedy klassifizierte TV-Sendung *Scrubs* (Faulstich 2008) erweist sich auch in dieser Arbeit als ein der medizinischen Botschaft wenig Raum gebender Vertreter. Alle in Kapitel 5.6 explizit aufgeführten strukturellen Gegebenheiten scheinen mit den verhältnismäßig kurzen, von Komik und persönlichen Belangen durchsetzten Episoden ganz auf die Unterhaltung des Publikums abzu zielen. *ER* als Medical Drama (Faulstich 2008) hingegen bietet aufgrund seiner Struktur eine ganz andere Basis für die potentielle Vermittlung fachspezifischer Inhalte bzw. medizinischen Realismus. Die hier durchgeführte detaillierte Prüfung (Kapitel 5.6) verdeutlicht, dass mit der wenig künstlich wirkenden, gleichwohl temporeichen Gestaltung der Notaufnahme des Krankenhauses der Rahmen für eine authentische Darstellung gegeben ist. Kongruenzen mit einer gewissen Zwischenstellung, welche *House* als Medical Dramedy (Barnet 2007) im medienwissenschaftlichen Kontext einnimmt, zeigen sich auch in dieser Abhandlung. Elemente der Spannungserzeugung, ähnlich eines Detektivfilms (Faulstich 2008), Komik und Animationen nebst vielen weiteren in der TV-Sendung integrierten, in Kapitel 5.6 beschriebenen, ausschmückenden Elementen sind in erster Linie dem Faktor Unterhaltung zuträglich. Dennoch bietet die typische *House*-Folge durch den Fokus auf einen meist sehr vielschichtigen und komplexen medizinischen Fall ebenso eine Möglichkeit für die Vermittlung fachspezifischen Wissens.

#### **6.4 Krankheitshäufigkeiten im Serienvergleich**

In der Erfassung der Häufigkeiten einzelner Erkrankungen in den drei gewählten Serien orientiert sich die Arbeit bei der Zuordnung der Diagnosen zu Kategorien an einer 2010 in den USA veröffentlichten Studie (Ye und Ward 2010) sowie der ICD-Klassifikation. Dennoch erweist sich diese Gruppierung, gerade in Bezug auf Festlegung der Haupt- und Nebendiagnosen, oft als nicht ganz eindeutig, weshalb bei Ye und Ward der Mittelwert zweier unabhängiger Codierer erfasst wurde. Da hier lediglich ein Beobachter die Rezeption der Sendungen vornimmt, wird durch ex ante Definition fester Ein- bzw. Ausschlusskriterien dennoch versucht objektivierbare Ergebnisse zu erzielen. Zu einem weniger verfälschten

Resultat trägt außerdem erneut der Faktor bei, dass im Gegensatz zur stichprobenhaften Erörterung von *Grey's Anatomy* und *ER* der oben genannten Autoren (Ye und Ward 2010), hier drei Serien in ihrer Gesamtheit mit wesentlich größerem Datenvolumen beleuchtet werden. Weiterführend besteht auf diese Weise die Möglichkeit für die Genrevertreter einander gegenüberstellend zu eruieren, wie viele medizinische Fälle sie dem Zuschauer durchschnittlich überhaupt pro veröffentlichter Episode präsentieren. Die Tatsache, dass eine Folge *ER* im Vergleich zu *House* und *Scrubs* im Mittel das Vierfache an dargebotenen Diagnosen beinhaltet, verdeutlicht die Relevanz einer solchen umfassenden deskriptiven Information.

In Analogie zu früheren Abhandlungen (Hetsroni 2009, Ye und Ward 2010, Østbye et al. 1997), welche für *ER*, *Grey's Anatomy* bzw. *Chicago Hope* ein breites Spektrum medial thematisierter Arten von Erkrankungen verifizierten, kann ein solches hier auch für *House* und *Scrubs* nachgewiesen werden. Eine weitere Kongruenz ergibt sich bezüglich der am häufigsten auftauchenden Diagnosekategorie, nämlich der Gruppe der Verletzungen, Intoxikationen und iatrogenen Einflüsse. Diese Übereinstimmung dahingehend zwischen den Studien, wie auch im Serienvergleich, ist mit der medienwissenschaftlichen Theorie einer verhältnismäßigen Überrepräsentation gut visualisierbarer Erkrankungen (Maio 2001) in Einklang zu bringen. Dennoch werden in den drei gewählten Serien auch die weniger augenscheinlichen Tumorerkrankungen nicht selten thematisiert. Darüber hinaus ergründet diese Betrachtung in der Gruppe der Herzkreislauferkrankungen bereits in Erfassung der absoluten Häufigkeiten serienspezifische Divergenzen. Denn im Kontrast zu deren Stellenwert als eine der häufigsten Diagnosen in der Publikation von Ye und Ward (*ER* und *Grey's Anatomy*) treten diese Erkrankungen in *House* prozentual nur etwa halb so oft auf. Nicht zu vernachlässigen sei eine Begünstigung solcher Unterschiede dahingehend, dass die gewählten Serien nicht die gleichen Fachabteilungen eines Krankenhauses in Szene setzen. Zwei zusätzliche Aspekte liefert diese Arbeit im Blick auf Verteilungsmuster von Erkrankungen: zum einen durch die vergleichende Erörterung von Differenzen zwischen den drei Krankenhaussendungen, wie auch mittels Nachweis einer statistischen Relevanz der detektierten Unterschiede. Mathematisch bestätigt sich (im globalen und gepaarten Test) in *Scrubs*, *House* und *ER* ein signifikant voneinander abweichendes Diagnoseverteilungsmuster. Weitere statistische Testreihen können weiterführend einzelne kaum voneinander abweichende Kategorien identifizieren, wie zum Beispiel denen der pulmonologischen, gynäkologischen und neurologischen Krankheiten. Ein paarweiser mathematischer Abgleich ermöglicht schließlich die Detektion solcher Arten von Erkrankungen, in welchen sich

lediglich zwei der drei Sendungen voneinander unterscheiden, wie zum Beispiel *House* und *ER* im Hinblick auf Krankheiten des Nervensystems, und vervollständigt so die umfassende Diagnoseverteilungsanalyse der Arbeit.

## **6.5 Vergleich der Häufigkeiten mit realen Daten der amerikanischen Bevölkerung**

Ähnlich der Exploration von Hetsroni, welche relative Häufigkeiten von in *ER*, *Chicago Hope* und *Grey's Anatomy* auftretenden Erkrankungen erhebt und mit Daten aus notfallmedizinische Abteilungen echter Krankenhäuser in Relation setzt (Hetsroni 2009) oder Østbye (Østbye et al. 1997), erfolgt auch hier ein Abgleich mit realen Daten. Zwar scheint, insbesondere für *ER*, die Klinik-Population ein ideales Referenzmedium zu sein. Dennoch wird in dieser Arbeit auf die Prävalenzen in der amerikanischen Gesamtbevölkerung, v.a. im Hinblick auf die Auswirkungen von (Fehl-) Informationen des nicht zwangsläufig im Krankenhaussektor tätigen Zuschauers, Bezug genommen: Denn wie gering mag der Teil des Publikums sein, welcher die durch das TV-Medium dargebotenen Erkrankungshäufigkeiten der eigens erfahrenen Krankenhausrealität gegenüberstellen kann? Und welche wirkliche klinische Abteilung könnte man bei einem Vorgehen wie bei Hetsroni mit den aus *House* gewonnenen Daten aus einer fiktiven Abteilung für medizinische Diagnostik überhaupt zum Vergleich heranziehen?

Kritisch zu berücksichtigen sind jedoch die bereits im Methodenteil erörterten Probleme von Additivität (Teilprävalenzen, mehrere Diagnosen) und Zeitbezug (Referenzjahr vs. eigentlicher Zeitrahmen), die bei den so ermittelten Prävalenzen ein gewisses Fehlerpotential bedingen. Erwartungsgemäß kann diese Analyse globale Diskrepanzen zwischen fiktionalen und realen relativen Häufigkeiten der Krankheitsgruppen für alle der drei gewählten Serien nicht nur rein deskriptiv (Hetsroni 2009, Østbye et al. 1997), sondern explizit statistisch nachweisen. Während die oben genannten Autoren in ihren Studien vorrangig gesamtheitliche Verteilungsmuster und Arten exogen bedingter Erkrankungen fokussieren, wird hier zusätzlich die Detektion von Über- bzw. Unterrepräsentationen von einzelnen Erkrankungen in den Mittelpunkt gestellt und diese darüber hinaus in mathematischen Testverfahren auf statistische Relevanz überprüft. Ein bemerkenswertes neues Resultat dieser Arbeit ist die durch diese Methode gewonnene Erkenntnis, dass die drei Sendungen *House*, *Scrubs* und *ER* trotz ihrer eingangs demonstrierten völlig unterschiedlichen dramaturgischen Konstruktion allesamt die Krankheiten des muskuloskelettalen, endokrinen und des Atmungssystems gemessen an der Realität zu selten thematisieren. Eine signifikante Verschiebung hin zur

Überrepräsentation hingegen weisen alle gewählten TV-Serien für die Gruppe der Tumorerkrankungen auf. Daher stellt sich die den Rahmen dieser Betrachtung überschreitende Frage, inwiefern jene beschriebene Fehldarstellung beim Publikum beispielsweise ein vermindertes Bewusstsein für eigentlich als chronische Volkskrankungen deklarierte Leiden wie Diabetes mellitus oder Asthma zur Konsequenz haben könnte. Auf der anderen Seite wäre zu klären, inwieweit eine mediale Akzentuierung von Neubildungen den Zuschauer lediglich mehr auf diesen Krankheitstyp aufmerksam macht oder aber sogar in ein gesteigertes Angstpotential, daran zu erkranken, münden könnte.

Als ein weiteres verblüffendes Ergebnis der Arbeit entpuppte sich *Scrubs* als der Vertreter mit dem bevölkerungsnächsten Verteilungsmuster der fünfzehn definierten Krankheitsformen. Überraschend ist ein solcher Realismus dahingehend deshalb, weil diese Serie sowohl in Gestaltung der Arztfiguren als auch die Dramaturgie betreffend hier als die am meisten auf humoristische Unterhaltung des Publikums ausgelegte Sendung charakterisiert wurde. Daher ist dennoch anzuzweifeln, ob *Scrubs* neben den recht realitätskonform wiedergegebenen Prävalenzen auf Basis einzelner dargestellter Erkrankungen tatsächlich eine Quelle expliziter medizinischer Information ist.

Ein in der Interpretation der Verzerrungen bei *House* und *ER* nicht zu vernachlässigender Fakt ist, dass der dramaturgische Fokus in diesen Genrevertretern häufig auf abteilungsspezifischen Krankheiten liegt wie den ständig auftretenden Verletzungen und Intoxikationen in der ZNA von *ER*. Bei *House* stehen hingegen durch die fachliche Orientierung des leitenden Arztes nephrologische und infektiologische Diagnosen im Vordergrund. Inwiefern könnte also eine derartige Überrepräsentation einzelner Teilgebiete dann dennoch auf Basis einer detaillierteren Darstellung dem Zuschauer für mehr Fachwissen bzgl. einzelner Krankheiten zuträglich sein?

Auch der Beantwortung dieser Frage versucht die Arbeit im letzten Teil mit der separaten Beleuchtung einer Kategorie, den Nierenerkrankungen, auf den Grund zu gehen.

## **6.6 Analyse der Nierenerkrankungen**

Frühere fiktionale TV-Analysen nahmen in besonderem Maße Krankheiten der Psyche (Diefenbach 1997), Epilepsie (Kerson und Kerson 2008) oder Neoplasien (Hether et al. 2008) unter die Lupe. Beispielsweise gelang es Liguori zu belegen, dass zwar praktisch alle der in *ER* gezeigten Patienten mit psychischen Störungen auch für ihre Diagnose typische DSM-IV-

Kriterien bzw. Symptome aufwiesen, die Therapien in der Serie dabei aber nicht den Leitlinien entsprachen (Liguori et al. 2010). Im Unterschied zu den anderen Untersuchungen, widmet sich diese Arbeit den Nierenerkrankungen. Allein die Tatsache, dass die Hauptfigur der Serie *House* Nephrologe ist, bekräftigt die Notwendigkeit einer solchen früher vernachlässigten Fokussierung. Durch den zusätzlich integrierten Vergleich mit *Scrubs* und *ER*, als stilistisch weniger prädestinierte Vertreter in Bezug auf potentiell enthaltenes Fachwissen zu diesem Erkrankungstyp (vgl. Kapitel 5.2 und 5.3), liefert die Arbeit einen weiteren neuen Aspekt. Die in früheren Publikationen für amerikanische bzw. australische Fernsehnachrichten (Tong et al. 2008, Jaffery et al. 2006) kritisierte Lücke zwischen Relevanz und Frequenz der Thematisierung von Nierenerkrankungen, kann für die hier erforschten Vertreter des Unterhaltungsfernsehens nicht geltend gemacht werden. Eine von der Realität wenig abweichende Prävalenz untermauert die in dieser Darlegung vorgenommene statistische Validierung.

Bei dem Versuch, im Rahmen dieser Exploration die TV-Darstellung der Nierenerkrankungen serienspezifisch anhand geltender medizinischer Leitlinien zu ergründen, ergibt sich ein erstes überraschendes Ergebnis: Keiner der drei Genvertreter enthält diesbezüglich ausreichend auswertbare Informationen. Es keimt daher die diskussionswürdige Frage auf, ob speziell nur bei diesem Erkrankungstyp wenig detaillierte Botschaften vermittelt werden oder aber diese gewählten Krankenhausserien generell wenig Fachwissen zu den thematisierten Fällen darlegen.

Die in der reinen Deskription der relativen Häufigkeiten für die drei Nierenerkrankungen (CNV, ANV und sonstige Formen) zwischen den Serien erkennbaren Divergenzen kann die Arbeit darüber hinaus durch statistische Testung belegen. Während sich in *Scrubs* eine Dominanz des chronischen Nierenversagens offenbart, spielt bei *House* das akute Nierenversagen eine herausragende Rolle. Ein möglicher Ursprung hierfür könnte das detektivisch gefärbte Grundkonzept der TV-Sendung *House* sein, in welchem ANV als Spannungselement im Sinne einer plötzlichen Wendung im medizinischen Fall implementiert wird.

In einem weiteren Schritt, nämlich der Beleuchtung der zur Anwendung kommenden Behandlungen bei Nierenerkrankungen, taucht die Arbeit noch tiefer in die mediale Präsentation einzelner Krankheiten ein. Die von Tong als überrepräsentiert beschriebene Nierentransplantation (Tong et al. 2008), zeigt sich in dieser Auseinandersetzung mit den Therapieformen im Unterhaltungsfernsehen vergleichsweise selten. Jede der drei gewählten Genvertreter portraitiert mehrheitlich von Dialyse und Transplantation abweichende Arten

der Behandlung renaler Fehlfunktion. Interessanterweise kann die eingangs formulierte Hypothese bezüglich identischer Verteilungen der Therapieformen im interseriellen Vergleich in der mathematischen Prüfung widerlegt werden, das heißt trotz nachgewiesenermaßen divergierenden Grundstruktur ähneln sich *House*, *Scrubs* und *ER* in diesem Punkt der Analyse. Ein Abgleich mit realen Daten könnte dieses Ergebnis in weiteren Untersuchungen ergänzen.

Darüber hinaus bietet die hier gewonnene Erkenntnis, dass auf Ebene der einzelnen Erkrankung die in den Krankenhausserien dahingehend gebotene Fachinformation als eher dürftig einzustufen ist, Ansatzpunkte für eine weitere Erörterung der Thematik. Denn vor dem Hintergrund der möglichen Auswirkungen auf den Rezipienten stellen sich zwei kontroverse Fragen: Wird der Zuschauer durch die Aussparung krankheitsspezifischer Einzelheiten vor potentieller Fehlinformation eher geschützt? Oder wäre eine detailliertere Präsentation der medizinischen Botschaft im Sinne des Prinzips von Entertainment Education für das interessierte Laienpublikum von schätzbarem Wert?

## **7 Schlussfolgerung**

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf Realitätsgehalt und Gestaltungsstil lassen Rückschlüsse auf die Zielgruppen der Krankenhausserien zu. Den medizinischen Laien vermag die auf Unterhaltung und Humor ausgelegte TV-Sendung *Scrubs* wohl besonders ansprechen, denn womöglich störende Fakten werden auf das für das Klinik-Setting notwendige Maß reduziert. Bereits rein quantitativ präsentiert *ER* hingegen den interessierten Zuschauern reichlich, häufig verständlich umgesetzte, medizinische Information in rascher Abfolge im Takt der Sirene der ZNA. Auch das vorgebildete Publikum kommt bei *ER* nicht zuletzt durch den eingeflochtenen Fachjargon auf seine Kosten. Obwohl *House* durch seine Gestaltung als Art detektivische Diagnose-Suche durchaus Unterhaltungswert aufweist, zielen die sich in Details verlierenden medizinischen Fälle wohl eher auf das Fachpublikum ab.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Problematik, dass die aus dem Informationsgehalt abgeleiteten Zielgruppen und die echte Rezipientenverteilung nicht zwangsläufig kongruent sein müssen. Eine derartige Verschiebung könnte beispielsweise die Gefahr in sich bergen, dass unerfahrenes Fachpublikum, wie Studenten, (fehlerhafte) Botschaften aus den für Laien konstruierten Genrevertretern entnehmen. Andererseits könnte postuliert werden, dass der unkundige, jedoch interessierte Serienliebhaber im Nachhinein die nicht verstandenen Details

nacharbeitet oder seinerseits Klärung dahingehend herbeiführt. Dies wäre im Sinne eines Zugewinns an medizinischem Wissen für den Laien als Nutzen einer solchen Verschiebung bedeutsam. Aufschlussreich könnte daher eine Befragung in der Bevölkerung sein, wer welche TV-Sendungen in Realität regelmäßig verfolgt.

Außerdem zeigt diese Arbeit, dass die untersuchten Publikumsmagneten *Scrubs*, *House* und *ER* ein kontrastreiches Spektrum an Gestaltungsstil und Realitätsgehalt bieten. Da hier jedoch nur amerikanische Vertreter einfließen, bleibt zu erforschen, inwieweit dieses Ergebnis auch für deutsche Krankenhausserien übertragbar wäre oder ob dahingehende Kongruenzen kumulativere Botschaften vermitteln.

Diese Exploration verdeutlicht zweifelsohne, dass auf Basis der Zugehörigkeit zum Unterhaltungsfernsehen, medizinische Serien nie frei von fachlichen Fehlern sein werden. Doch wenn diese im Zuge der Regie unvermeidbar sind, wie könnte es dann gelingen, Krankenhausserien als Ressource für medizinische Bildung noch besser nutzbar zu machen? Als weitere Frage drängt sich auf, welche Möglichkeiten es neben Entertainment-Education-Kampagnen noch geben könnte, die richtigen fachlichen Botschaften in den Sequenzen selbst noch effektiver zu integrieren. Vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der Bevölkerung das Medium Fernsehen als wichtigste Quelle medizinischer Information benennt (Chory-Assad und Tamborini 2001), behält der Arzt Prof. Jürgen Schäfer recht:

„Es ist ein Jammer, dass wir die Möglichkeiten, die gutes Infotainment für die gesundheitliche Aufklärung bietet, kaum nutzen.“ (Prof. Jürgen Schäfer, Kardiologe der Philipps-Universität Marburg) (Müller 2012).



## 8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Adams DH, Snedden DP. 2006. How Misconceptions Among Elderly Patients Regarding Survival Outcomes of Inpatient Cardiopulmonary Resuscitation Affect Do-Not-Resuscitate Orders. *Journal of American Osteopathic Association JAOA* ??, 106 (7):402-404.
- Bandura A. 1969. Social Learning Theory Of Identificatory Process *Handbook of Socialisation and Research*:
- Bandura A. 2001. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews Psychology*, 52:1-26.
- Barnet E. 2007. *DISSECTING THE MEDICAL DRAMA: A Generic Analysis of Grey's Anatomy and House, M.D.* [Senior Honors Thesis]. Boston:
- Bear NA. 1996. Cardiopulmonary Resuscitation On Television- Exaggerations and Accusations. *The New England Journal of Medicine*, 334 (24):1604-1605.
- Bittner U, Armbrust S, Krause F. 2011. "Doctor knows best?"- Eine Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung in der TV-Krankenhausserie Dr. House. *Ethik Med*, ???
- Bittner U, Armbrust S, Krause F. 2012. „Doctor knows best“? – Eine Analyse der Arzt-Patient-Beziehung in der TV-Krankenhausserie Dr. House. *Ethik in der Medizin*:1-13.
- Borstnar N, Pabst E, Wulff HJ. 2008. Einführung die die Film- und Fernsehwissenschaften.
- Brodie M, Foehr U, Rideout V, Bear N, Miller C, Altmann D. 2001. Communicating Health Information Through The Entertainment Media. *Health Affairs*, 20 (1).
- Chory-Assad RM, Tamborini R. 2001. Television Doctors: An Analysis if Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 45 (3):499-521.
- Chory-Assad RM, Tamborini R. 2003. Television Exposure and the Public's Perceptions of Physicians. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 47 (2):197-215.
- Clearinghouse NDDI. 2010. Digestive Diseases Statistics for the United States National Institutes of Health.
- Condren RM. 2000. Media Watch- Challenging *ER's* psychokiller. *The Public Eye*, 173:156-157.
- Czarny MJ, Faden RR, Sugarman J. 2010. Bioethics and professionalism in popular television medical dramas. *Journal of Medical Ethics*, 36:203-206.
- D. Hirtz, D. J. Thurman, MPH KG-H, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. 2007. How common are the "common" neurologic disorders? [Review Article]. *National Institutes of Neurological Disorders and Stroke/National Institutes of Health*
- Davin S. 2003. Healthy Viewing: the reception of medical narratives. *Sociology of Health and Illness*, 25 (6):662-679.
- Diefenbach D. 1997. The Portrayal of Mental Illness on Prime Time Television.
- Diem SJ, Lantos JD, Tulsy JA. 1996. Cardiopulmonary Resuscitation on Television- Miracles and Misinformation. *The New England Journal of Medicine* 334 (24).
- Diseases TNIAA. 2003. Allergy Statistics U.S. Department of Health and Human Services.
- DuBose MS. 2010. Morality, Complexity, Experts, and Systems of Authority in *House, M.D.*, or "My Big Brain is My Superpower". *Television & New Media* 11 (1):20-36.
- Faulstich W. 2008. *Grundkurs Fernsehanalyse*.
- Gerbner G, Gross L, Jackson-Beeck M, Jeffries-Fox S, Signorielli N. 1978. Cultural Indicators: Violence Profile No. 9. *Journal of Communication*, 28 (3):176-207.
- Golden SH, Robinson KA, Saldanha I, Anton B, Ladenson PW. 2009. Prevalence and Incidence of Endocrine and Metabolic Disorders in the United States: A Comprehensive Review. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94 (6):1853-1878.
- Grosse SG, James AH, Lloyd-Puryear MA, HK A. 2011. A Public Health Framework for Blood Disorders *Am J Prev Med* 2011; 41(6S4): S319-S323.: Centers for Disease Control and Prevention

- Harris D, Willoughby H. 2009. Resuscitation on television: realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama. *Resuscitation* 80:1275-1279.
- Hawkins RP, Pingree S. 1980. Somme process in the cultivation effect. *Communication Research*, 7 (2):193-226.
- Hawkins RP, Pingree S, Adler I. 1987. Searching for Cognitive Process in the Culivation Effect Adult and Adolescent Samples in the United States and Australia. *Human Communication Research*, 13 (4):553-577.
- Health and Nutrition USCB, Statistical Abstract of the United States: 2011. 2011. Injury and Poisoning Episodes and Conditions by Age and Sex United States. Dept. of the Treasury. Bureau of Statistics.
- Health Grades I. 1999. Prevalence of Types of Blood Condition The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), Centers for Disease Control and Prevention.
- Health Grades I 2012. 14.05. Prevalence Statistics for Types of Congenital Conditions [http://www.rightdiagnosis.com/c/congenital\\_disorders\\_of\\_glycosylation/prevalence.htm](http://www.rightdiagnosis.com/c/congenital_disorders_of_glycosylation/prevalence.htm).
- Health Grades I. 2011. Prevalence Statistics for Types of Cardiovascular Disease
- Hether HJ, Huang G, Beck V, Murphy S, Valente TW. 2008. Entertainment-Education in a Media-Saturated Environment: Examining the Impact of Single and Multiple Exposures to Breast Cancer Storylines on Two Popular Medical Dramas. *Journal of Health Communication*, 13:808-823.
- Hetsroni A. 2009. If You Must Be Hospitalized, Television Is Not the Place: Diagnoses, Survival Rates and Demographic Characteristics of Patients in TV Hospital Dramas *Communication Research Reports* 26 (4).
- Holtz A. 2006. The medical science of House, M.D. . New York: The Berkley Publishing Group.
- Holtz A. 2007. It's Only Television.28.
- Holtz A. 2010. The real Grey's anatomy: a behind-the-scenes look at the real lives of surgical residents. New York: The Berkley Publishing Group.
- Holtz A. 2011. House, M.D. vs. reality: fact and fiction in the hit television series. New York: The Berkley Publishing Group.
- Howlader N NA, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, Altekruse SF, Kosary CL, Ruhl J, Tatalovich Z, Cho H, Mariotto A, Eisner MP, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA. 2009. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations) United States of America: US Mortality Files, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention.
- Hughes M. 1980. The Fruits of Cultivation Analysis: A Reexamination of some Effects of Television Watching. *The Public Opinion Quaterly*, 44 (3):287-302.
- Hurth E. 2004. Der Nächste, bitte! *Hessisches Ärzteblatt*, 10/2004:604-605.
- Jackman I. 2011. DR. HOUSE- DAS OFFIZIELLE HANDBUCH ZUR SERIE. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Jaffery JB, Jacobson LM, Goldstein KM, Pribble JM. 2006. Local Television News Reporting of Kidney Disease. *American Journal of Kiney Diseases*, 48 (6):983-985.
- Joshua J. Jacobs M. 2011. The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States United State of America: United States Bone and Joint Decade/Initiative (USBJD/USBJI), Chair, Management Oversight Team.
- Kaiser Family Foundation H. 2004. Entertainment Education and Health in the United States.
- Kerson TS, Kerson LA. 2008. Truly Enthralling: Epileptiform Events In Film an On Television- Why They Persist and What We Can Do About Them. *Social Work in Health Care* 47 (3):320.
- Kessler R. CWDOWEE. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6):617-627.

- Kjerulff KH, Frick KD, Rhoades JA, Hollenbeak CS. 2007. The cost of being a woman: a national study of health care utilization and expenditures for female-specific conditions. *Womens Health Issues*, 17 (1):13-21.
- Krüger-Brand HE. 2003. Ärzteimage im Fernsehen- Abschied vom "Halbgott in Weiß" *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (45).
- Krüger-Brand HE. 2006. Interdisziplinäre Fortbildung
- Lernen von Emergency Room. *Deutsches Ärzteblatt*, 37 Jg. 103.
- Liguori G, Paizza Brian, Carroll E. 2010. Accuracy of the Depiction of Mental Illness and Recommended Therapies In Popular Television Series. In: doc.stoc.com, Hrsg.: Salve Regina University.
- Litwin MS, Saigal CS, Beerbohm EM. 2005. THE BURDEN OF UROLOGIC DISEASES IN AMERICA. *The Journal of Urology*, 173 (4):1065-1066.
- Maio G. 2001. Die medialen Deutungsmuster von Krankheit und Medizin. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69 (03):138-146.
- McLaughlin J. 1975. The Doctor Shows. *Journal of Communication* 25 (3):182-184.
- Mikos L. 2008. Film- und Fernsehanalyse.
- Morgan SE, Harrison TR, Chewning L, Davis L, DiCorcia M. 2007. Entertainment (Mis)Education: The Framing of Organ Donation in Entertainment Television. *Journal of Health Communication*, 22 (2):143-151.
- Müller O. 2012. Regie sticht Medizin. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 20 (2622).
- Murphy ST, Hether HJ, Reideout V. 2008. How healthy is prime time? An Analysis of Health Content Popular Prime Time Television Programs. The Kaiser Family Foundation; The USC Annenberg Norman Lear Center's Hollywood, Health & Society.
- Østbye T, Miller B, Keller H. 1997. Throw that epidemiologist out of the emergency room! Using the television series ER as a vehicle for teaching methodologists about medical issues. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50 (10):1183-1186.
- Poleck B. 2001. TV-Ärzte im Dauerstress. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (41):76.
- Potter WJ. 1993. Cultivation Theory and Research, A Conceptual Critique. *Human Communication Research*, 19 (4):564-601.
- Quick BL. 2009. The Effects of Viewing *Grey's Anatomy* on Perceptions of Doctors and Patient Satisfaction. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 53 (1):38-55.
- Roper WL, Chapel Hill C. 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) PART 1 Summaries of Notifiable Diseases in the United States, 2005 Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- Rossmann C. 2003. Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild von Patienten. *Medien & Kommunikationswissenschaft* 51 (3-4):497-522.
- Schlam E. 2006. Are Television Health Producers Ignoring Kidney Disease? *American Journal of Kidney Diseases*, 48 (6):996-997.
- Siemer M. 2010. Arrested Development/Scrubs Excurses on the Use of Fiction: Duke University.
- Singhal A, Rogers EM. 2002. A Theoretical Agenda for Entertainment-Education. *Communication Theory*, 12 (2):117-135.
- Sondik EJ, Gentleman JF. 2006a. Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey 2004 Hyattsville, Maryland: Vital and Health Statistics.
- Sondik EJ, Gentleman JF. 2006b. Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey 2004 Hyattsville, Maryland: Vital and Health Statistics.
- Strauman E, Goodier BC. 2008. Not Your Grandmother's Doctor Show: A Review of *Greys Anatomy*, *House*, and *Nip/Tuck*. *Journal of Medical Humanities*, 29:127-131.
- Strauman E, Goodier BC. 2010. The Doctors(s) in House: An Analysis of the Evolution of the Television Doctor-Hero. *J Med Humanit*.

- Strauß B. 2011. In Treatment - Öffentliche Psychotherapie in Film und Fernsehen. *Psychotherapeut*, 56 (2):153-161.
- Tapper EB. 2010. Doctors on display: the evolution of television's doctors. *Proc*, 23 (4):393-399.
- Thieme. 2010. Umfrage: Arztserien im Fernsehen
- Tong A, Chapman S, Sainsbury P, Craig JC. 2008. An Analysis of Media Coverage on the Prevention and Early Detection of CKD in Australia. *American Journal of Kidney Diseases* 52 (1):159-170.
- Troy A. 1996. Letter to the Editor: "Cardiopulmonary Resuscitation on Television- Miracles and Misinformation" *The New England Journal of Medicine* 334 (24).
- Tuffs A. 2009a. TV Serie Emergency Room- Mehr als George Clooney *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (33).
- Tuffs A. 2009b. Von Dr. House kann man lernen *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (30 ).
- Turow J, Coe L. 1985. Curing Television's Ills: The Portrayal of Health Care. *Journal of Communication*, 35 (4):36-51.
- USRDS Coordinating Center M. 2011. Atlas of CKD and ESRD in the United States Minneapolis United States Renal Data System.
- Van den Bulck JJM. 2002. The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals. *European Journal of Emergency Medicine* 9(4):325-329.
- Varmus H. 2001. How popular TV shows shape public perceptions of medical scientists. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 68 (6):346-349.
- Weaver R, Wilson I. 2011. Australien medical student's perceptions of role models and realism in medical television programs. *BMC Medical Education*, 11 (50).
- WHO PWHO. 2004. The Global Burden of Disease 2004-update Schweiz: WHO World Health Organization.
- Wicclair MR. 2008a. Medical Paternalism in *House M.D.* *Journal of Medical Humanities*, 34 (93-99):93-99.
- Wicclair MR. 2008b. The Pedagogical Value of *House M.D.*-Can a Fictional Unethical Physician Be Used to Teach Ethics? *The American Journal of Bioethics*, 8 (12).
- Witzel K, Hipp T, Kaminski C. 2003. Arztbild in den Medien- Dr. Stefan Frank hätte sich Zeit genommen... *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (45).
- Witzel K, Kaminski C, Struve G, Koch HJ. 2008. Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. *NeuroGeriatric*, 5 (2).
- Ye Y, Ward KE. 2010. The Depiction of Illness an Related Matters in Two Top-Ranked Primetime Network Medical Dramas in the United States: A Content Analysis. *Journal of Health Communication*, 15:555-570.

## 9 Anhang

### 9.1 Analysebögen

#### 9.1.1 Arztanalysebögen

##### Dr. House

###### *Allgemeines*

- **Staffel I bis VIII**
- **Aussehen, besondere äußere Merkmale:** teilweise recht ungepflegter Bart, krauses Haar, Krückstock, Turnschuhe, unkonventionell- weigert sich Kittel zu tragen (I-14), „Scheißegal-Look“ (strahlt Respektlosigkeit aus), Laserpointer und Handspieleskonsole meist treue Begleiter der Figur
- **Allgemeines Auftreten:** selbstsicher, nahezu arrogant, teilweise derbe Sprache, kindlich spielend (Konsole, Papierkügelchen.etc.), direktes zügelloses Aussprechen seiner Gedanken, Ego manie
- **Familienstatus:** alleinstehend, Liebesbeziehung mit Vorgesetzter Dr. Lisa Cuddy (VII), Scheinehe mit Ausländerin (VIII-13)
- **Familiäres Umfeld:** kein familiäres Umfeld, leiblicher Vater einziges Mal gezeigt
- **Freundschaften:** wenige, „(...)die Zuneigung anderer ist mir Schnuppe“ (II-1), zweifelhafte (aber einzige konstante und freiwillig eingegangene Bindung von House) Freundschaftsart zu Dr. Wilson, Dr. Cuddy; hintergeht Freunde beliebig - sediert Wilson, um dessen Vortrag über Euthanasie zu halten, leiht sich Geld von Wilson um zu testen, wie viel Wilson die Freundschaft in Geld wert ist, House lässt Wilson mittels Privatdetektiv sogar bespitzeln ; „Manchmal bist du ein echtes Ekel, (...) (Dr. Wilson zu House)
- **Besondere persönliche Züge:** egoistisch, individualistisch bis hin zu menschenfeindlich, zwanghaft, exzentrisch, kindlich . „House ist ein Einjähriger (...) (Dr. Wilson, III-23), zweifelhafte Umgangsformen
- **Besonderheiten im Privatleben:** de facto kein Privatleben, Atheist
- **Eigene Erkrankungen:** Z.n. Arterienverschluss mit Muskelatrophie, dadurch anhaltendes Hinken (Krückstock) (I-21)- dadurch schmerzbedingter Medikamentenabusus (Vicodin, bei Opiatabhängigkeit)- versteckt Tabletten z.B. im Buch über Lupus-Erkrankung („es ist nie Lupus (...) III-9), Halluzinationen und Wahnvorstellungen (V)- darauf hin Aufenthalt in Psychiatrie Mayfield (VII-1,2), Weichteiltumore als Nebenwirkung der Selbsttestung eines Studienmedikamentes (VII-21,22)

###### *Berufliche Identität:*

- **Position/Hierarchie:** Leiter der „Abteilung für diagnostische Medizin“ am *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital*, trotz bereits viermaliger Entlassung (II-3)
- **Fachgebiet:** Diagnostische Medizin, House spezialisiert auf Nephrologie und Infektionskrankheiten
- **Professionalität:** fachlich unantastbar, jedoch Ignoranz jeglicher berufsbezogener Regeln bis hin zu völliger Respektlosigkeit im Beruf (Czarny et al. 2010), ebenso unkonventionelle Therapien- z.B. Rezept fürs Rauchen als anti-inflammatorische Therapie, lediglich Interesse für „Zebras“ unter den Diagnosen (Holtz 2006) , „Leben retten ist nur ein Nebeneffekt“ (Dr. House V-15)

- **Kompetenz:** schneller und erfolgreicher als andere Ärzte / fachbezogene Genialität, ausgezeichnetes Gedächtnis- Bsp. I-7 House bezieht Wissen auf vor Jahren in medizinischem Journal gelesenen Artikel, besonderes medizinisches Gespür: „Sie sind so zwanghaft, dass sie jede physische Veränderung mitkriegen (...). (Dr. Foreman zu Dr. House, IV-15) - Dr. House hat „diagnostischen Blick“
- **Umgang mit Patienten:** generell lehnt Dr. House jeglichen Patientenkontakt ab, denn jeder Patient würde lügen (I-1), „Anti-Shared Decision Making“ – Missachtung der Patientenautonomie (wie Patientenverfügung, I-9) oder setzt Jungen gegen seinen Willen Cochlea Implant ein; Anlügen der Patienten, wenn als notwendig erachtet (I-11), Missachtung z.B. 4 Patienten in 3 min diagnostiziert (I-12), bis hin zu Gewalt gegen Patienten: Tritt ins Abdomen, damit Zyste platzt (II-7) oder Brechen des Fingers als „Schmerztest“ (II-23)
  - **Gespräch:** mehrheitlich gefühllos und rücksichtslos, interessenlos- spielt z.B. Gameboy bei Anamnese, herablassend bis hin zu verhörartigen Dialogen, paternalistisch, Aufklärungen nicht notwendig – er weiß ja, was richtig ist
  - **Untersuchung:** Vermeidung, schaut z.B. bevorzugt mit Patienten TV zu sehen statt diesen zu untersuchen (I-20) oder lässt sie durch Kollegen durchführen, bis hin Patient soll sich selbst untersuchen (III-12), fokussiert lieber (häusliches) Umfeld der Patienten
  - **Angehörige:** paternalistisch, unsensibel „Tut mir leid, aber ich brauche das Herz Ihrer Frau.“ (Dr. House II-14), meidet Anhängergespräche - gibt sich z.B. als MTA aus, um einem solchen zu entgehen (V-4)
- **Umgang mit Kollegen:** überheblich und anmaßendes Verhalten von Dr. House, Beschimpfungen sind die Regel, häufig gegen Dr. Cuddy (III-9, sie sei als Mutter eine Versagerin) od. Dr. Hadley (IV-15) sei eine „Lesbe“, völlige Degradierung seiner Kollegen, hustet Chirurgen an, damit dieser nicht weiter operieren kann (I-11), über Tage dauerndes Probearbeiten, bei dem sich Bewerber gegenseitig ausstechen sollen (ab IV-2), bis hin zu Gewalt (schlägt Dr. Chase ins Gesicht, III-9), missachtet Studenten und Pflegepersonal (z.B. II-6), anzügliche Sticheleien gegenüber weiblichen Kollegen, individualistisches ärztliches Handeln- „Solo Practitioner“ (Holtz 2006), zwingt Kollegen zu illegalen Taten- wie Exhumierung einer Leiche (IV-4), dennoch schwer betroffen nach Dr. Kutners Suizid
- **Bild bei Kollegen:** Synthese aus Bewunderung/Respekt (fachliche Genialität)- im Zuge dessen sogar in Schutz nehmen und Verharmlosung seiner Suchterkrankung z.B. durch Dr. Cuddy (I-11) vs. Abneigung (soziale Komponente) z.B. Erpressung eines Chirurgen mit Wissen über dessen Affäre fordert Dr. House illegale Lebertransplantation bei seinem Patienten und verrät Chirurgen nach durchgeführter OP dennoch (II-8)
- **Gesetzliche Grenzüberschreitungen:** unzählige Verstöße, einige Beispiele: belügt Transplantationskomitee (I-14), Einbrüche, Diebstähle, Fälschung von Patientenakten (I-18), Entführung (IV-14), Missachtung Meldepflichten von Erkrankungen (II-13), Beihilfe zum Suizid (III-7)
- **Moralische Grenzüberschreitungen:** an der Tagesordnung, z.B. : Experimente an komatösem Patienten (II-12), Ablehnung „uninteressanter Fälle“ (Bittner et al. 2011), betrinkt sich zusammen mit Patienten zur Diagnosefindung (II-1), religionsfeindliche Wette Dr. House gegen Gott (II-19), legt Patienten gegen Willen ins Koma zu dessen Rettung vor dem Suizid (III-7), DNA-Test auf Chorea Huntington bei Dr. Hadley gegen ihren Willen (IV-8), verbale Angriffe und Belügen von Patienten und Kollegen
- **Sozialverhalten am Arbeitsplatz:** unterentwickelt- wie ein kleines Kind muss Dr. House stets seinen Willen durchsetzen, unkollegial, z.B. manipuliert Temperaturregler im OP, damit Chirurgen den OP für ihn räumen (VI-14)
- **Besonderheiten in beruflicher Identität:** auf ganzer Linie unkonventionell (Verhalten/Kleidung), Art medizinische Allwissenheit (Vorbildfunktion), narzisstisch, Verabscheuung der Pharmaindustrie, es geht ihm nicht um Patienten - er will Rätsel (Diagnose) lösen: „Dass sie ex geht, war klar und Dank mir, weiß sie jetzt auch wieso!“ (Dr. House VII-22)

## ***Rollenfigur-Dramaturgie***

- **Soziale Handlungsrollen:** leitender Arzt vs. soziale Inkompetenz; medizinisches Genie vs. medizinische Hilfe von außen notwendig (Suchterkrankung)/chronisches Schmerzleiden,
- **empathisches Feld aufgebaut, wie gekennzeichnet:** spricht aus, was andere Ärzte normal nicht aussprechen dürfen, fachliche Unantastbarkeit, polarisiert: kennt weder Namen noch Schicksal der Patienten, aber rettet ihr Leben
- **Angebote zu parasozialen Interaktionen:** /
- **Inkongruenzen mit echter Star-Identität:** kaum, Hugh Laurie in Deutschland v.a. als Dr. House bekannt
- **moralische Orientierung, um Figur sympathisch zu finden:** Offenheit für Unkonventionalität, „Ich würde mich lieber von einem Arschloch behandeln lassen, als von jemandem, der mir den Rücken tätschelt und sich irrt.“ (Bobbin Bergstrom in (Jackman 2011)), Dr. House ist weder Engel noch Teufel (Jackman 2011)
- **besondere Charakterisierung durch:**
  - **Ausstattungs-elemente:** Stock, Turnschuhe, Handspielkonsole
  - **Musik:** weniger, selten Rockmusik
  - **Geräusche:** /
  - **Licht:** /
  - **Komik:** Sarkasmus und trockener Humor, „Houseism“ (I- Disc 6-Extras) = in USA eingeführter Begriff für House-typisches Benehmen und Humor, er überrascht sein Gegenüber immer wieder

## ***Schlussfolgerungen***

- **Arztimage der Figur:** von Sarkasmus und fachlicher Genialität geprägt, bei gleichzeitig fehlenden sozialen Kompetenzen, Vidodin-Abhängigkeit, Missachtung von Autoritäten, Anarchist – bricht nicht Regeln, er ignoriert sie einfach (Jackman 2011) s. 139,
- **Spitznamen/ Vergleiche:** „(...) ich Genie!“ (Dr. House über sich selbst, I-12)
  - **Literatur:** „Antiheld in Weiß“ (Bittner et al. 2012), behaftet mit Götterkomplex „Superhero“ (DuBose 2010), „Antiideal“ hinsichtlich bioethischer Normen (Holtz 2011) s.31, („Aha-Momente“ wie bei Sherlock Holmes (Holtz 2006), (Jackman 2011) s.28, „Doktor Mengele“ von Dr. Cuddy (Bittner et al. 2012)
  - **TV:** „Dr. Hinkelbein“ Patient von House (III-23), Arzt mit „Zauberwürfelkomplex“ der nur das Puzzle lösen will (Dr. Wilson über Dr. House, I-9), „Manchmal wünscht man sich ein Superheld wie Dr. House würde einfach auftauchen.“, woraufhin Dr. Cox hinkend mit Stock und Turnschuhen um die Ecke biegt (J.D. in *Scrubs* VI-4)
- **Allgemeines Arztbild der Serie:** bricht mit Tradition, „the arrogant jerks that saved your life“ Anghörige über Team von House (I-8), außergewöhnlich gut aussehend und Wissen in jedem Fachgebiet (auch Labor, Operationen, jede Form der invasiven Diagnostik), ist *House* übersteigter Rückfall in altes Rollenbild ? (Bittner et al. 2011)
- **Abgleich mit Idealbild:** Übereinstimmung: *House* hat etwas von alten ärztlichen Rollenmodellen – unabhängige brillante Ärzte, Kontrast: Dr. House geht es nicht darum, Menschen zu helfen
  - **Idealisierung:** (Hyper-)intelligenz der Ärzte auf allen fachlichen Teilgebieten, Dr. House als fachliche Ikone, Einsatz für Patienten über geltende Regeln und Gesetze hinaus
  - **Abweichung:** Fokus auf Diagnosefindung, nicht auf Outcomes; experimentelle Therapieveruche, Patientenvermeidung, Gesetzes- und Regelbrüche bleiben folgenlos und unbestraft = Fiktion (kein Vorgesetzter/Krankenhaus würde das in Realität tolerieren, Approbationsentzug), Arzt-Patienten-Beziehungen fraglicher Struktur, unwirtschaftliches Arbeiten des Teams (für Ärzte spielen Kosten keine Rolle, teuerste Formen der Diagnostik ohne Hinterfragen sofort im Einsatz)
- **Fachgebietsspezifisch vermittelte Aspekte:** nahezu alle modernen Geräte und Techniken kommen zum Einsatz/mühevoll nachgestellt, Spezialisierung spielt wichtige Rolle in Medizin – Team ist interdisziplinär zusammengesetzt aus: Neurologe (Dr. Foreman), Immunologin

(Dr. Cameron), Intensivmediziner (Dr. Chase), (plastischer) Chirurg (Dr. Taub), Internistin (Dr. Hadley), Sportmediziner (Dr. Kutner), weiterhin Onkologe (Dr. Wilson)

- **Für Studenten:** möglicherweise bewusste Reflexion, warum ist Arzt-Patienten-Beziehung von Bedeutung, Art Negativbeispiel als Anregung, es besser zu machen (potentielle Ressource für Ausbildung) vs. Gefahr der Aneignung ähnlicher Charakterzüge
- **Für Ärzte:** möglicherweise polarisierend: Anzweifeln seines Umgangs mit Patienten vs. Identifikation: kann aussprechen, was mancher Arzt wohl auch gelegentlich denkt; Bewunderung seiner Kompetenzen
- **Für Patienten:** Möchte nicht jeder vom heroischen Doktor (in letzter Sekunde) gerettet werden? (Holtz 2011)

## Analysebogen – Dr. Cox

### *Allgemeines*

- **In Serie von I bis IV**
- **Aussehen, besondere äußere Merkmale:** typisch große, häufig weit aufgerissene Augen; krauses nach oben stehendes Haar, Gesagtes stets durch (übertriebene) Mimik untermalt
- **Allgemeines Auftreten:** zynisch, distanziert, arrogant, selbstsicher, charakteristisch ist in die Länge ziehen von Worten beim Sprechen bzw. übertriebene Betonung einzelner Silben, narzistisch, „harte Schale, weicher Kern“
- **Familienstatus:** geschieden von Jordan Sullivan (Aufsichtsrätin im Krankenhaus), später erneute Beziehung mit ihr zwei Kinder
- **Familiäres Umfeld:** neben wechselnder Beziehung zu Sullivan, Sohn John (III) und Tochter Jennifer Dylan (VI)
- **Freundschaften:** wenige Freundschaften, Individualist (III-15), am Ende Beginn einer Freundschaft zu Dr. Kelso (letzte Staffel)
- **Besondere persönliche Züge:** Zynismus, wirkt oft kühl und distanziert, Egoismus, neurotische Züge, Sarkasmus, charakteristisch sind seine endlosen (meist Kollegen degradierenden) Vorträge und metaphorische Ausdrucksweise
- **Besonderheiten im Privatleben:** Sportfan- selbst trainiertes Äußeres, häufiger Alkoholkonsum
- **Eigene Erkrankungen:** sucht selbst Psychologen auf, aber begegnet diesem widerrum herablassend, bezeichnet ihn als seinen „Wackeldackel“ (II-15)

### *Berufliche Identität:*

- **Position/Hierarchie:** Stationsarzt internistische Abteilung des *Sacred Heart Hospital*, Oberarzt (ab III-9); Chefarzt (ab VIII)
- **Fachgebiet:** Innere Medizin
- **Professionalität:** couragiert, fähiger Lehrer/Mentor – lehnt jedoch beispielsweise Cole als Assistenten ab und verweist ihn an chirurgischen Kollegen Dr. Turk (IX-10), guter Leiter und Koordinator, behält dabei auch in schwierigen Fällen den Überblick (V-20), zwar privat oft beleidigend, aber fachlich sachlich
- **Kompetenz:** kompetenter Lehrer, guter Diagnostiker, fachliches Vorbild auf internistischem Gebiet
- **Umgang mit Patienten:** auf Wohl der Patienten bedacht, auch moralisches Einstehen für Erkrankte, klärt beispielsweise reifem jungem Patienten über dessen Gesundheitszustand auf, obwohl seine Eltern dies verbieten (VII-5), setzt sich für deren Leben ein (z.B. V-20), aber auch „kranke Menschen sind dumm wie Stroh“ (Dr. Cox, VIII-4)



- **Gespräch:** mitfühlend mit Patienten, zwar distanzierter als jüngere Ärzte wie J.D., in der Regel sachlich und gerne Fragen der Erkrankten beantwortend (VIII-4)
- **Untersuchung:** eher selten szenisch umgesetzt, kontrolliert eher andere bei Erhebung des körperlichen Status von Patienten (z.B. Dr. Turk, VIII-4)
- **Angehörige:** vertritt meist Haltung seiner Patienten
- **Umgang mit Kollegen:** „Ich verabscheue euch alle!“ (VI-4) – beleidigt und verunsichert diese gerne, typisch auch Studenten in typischer Fragerunde bei Visite, für nahezu alle Kollegen Spitznamen wie „Gandhi“ (für Dr. Turk), „Barbie“ (Dr. Reed), „Flachzange“ (J.D.), herablassend v.a. im Persönlichen und frech auch zu Vorgesetzten wie Dr. Kelso, schlägt sogar Studenten aus Wut mit Klemmbrett (III-4)
- **Bild bei Kollegen:** fachlich gesehen großes Vorbild, dem Respekt und Bewunderung entgegen gebracht wird, Vergleich mit Dr. House (Dr. Kelso über Dr. Cox V-18), J.D. kämpft bis zu dessen Ruhestand um Cox' Anerkennung- schließlich: „(...)ich habe Sie gezähmt!“ (J.D. zu Dr. Cox, IX)
- **Gesetzliche Grenzüberschreitungen:** Gewalt gegen Studenten, s.o.
- **Moralische Grenzüberschreitungen:** schließt mit Kollegen Dr. Turk Wette ab bzgl. Überleben vs. Sterben eines Patienten (II-6), wie auch Dr. House wettet Dr. Cox mit Gott (V-5): „Medizin: 1, Gott: 0! „
- **Sozialverhalten am Arbeitsplatz:** zusätzlich auch Abneigung gegen Vertreter anderer Fachbereiche, wie Chirurgen, Dermatologen, Psychiater: Misstrauen; dennoch unterstützt er auch die ihm anvertrauten angehenden Ärzte (Elliot Reed, J.D.) nach medizinischen Fehlern (I-10) und baut sie auf
- **Besonderheiten in beruflicher Identität:** ist nicht nur Oberarzt, er ist auch einer Wortführer der Komik der Serie

### *Rollenfigur-Dramaturgie*

- **Soziale Handlungsrollen:** leitender Arzt vs. Lehrer- und Vorbildfunktion vs. Vaterrolle, berufliche Rationalität, Strenge und Abgeklärtheit vs. väterliche Fürsorge als Sohn krank (III-3); Ausbilder vs. Kollegialität und Mitgefühl mit jungen Ärzten, kollegialer Umgang vs. Liebesbeziehung zu Aufsichtsrätin der Klinik, Jordan Sullivan
- **empathisches Feld aufgebaut, wie gekennzeichnet:** Komik und sarkastischer Humor der Figur fesseln- bringen zum Lachen, vielleicht auch distanziertere Momente im Zuge einer Sympathisierung mit Anfänger J.D. (wenn Dr. Cox sich gegen J.D. stellt)
- **Angebote zu parasozialen Interaktionen:** am ehesten durch Mimik
- **Inkongruenzen mit echter Star-Identität: /**
- **moralische Orientierung, um Figur sympathisch zu finden:** Zynismus, Humor
- **besondere Charakterisierung durch:** typisches Augenzwinkern, das Gegenüber fixierender Blick, Mimik, Sarkasmus
  - **Austattungselemente:** Kittel (den „Scrubs“ übergeordnet), Haarfrisur, gelegentlich Sporttrikots
  - **Musik:** selten
  - **Geräusche: /**
  - **Licht: /**
  - **Komik:** das Charakteristikum der Figur schlechthin, v.a. rhetorisch gewandter Zynismus und Running Gags (wie Frauennamen für J.D.)

### *Schlussfolgerungen*

- **Arztimage der Figur:** im Vergleich zu anderen Ärzten der Serie ausgesprochen vorbildhafte Berufsethik, holt Assistenten oft auf den Boden der Tatsachen zurück, fachliche Expertise
- **Spitznamen/ Vergleiche :** „Coxerspaniel“ (J.D.) , Dr. Cox vergleicht sich selbst nach genialem Einfall bzgl. Diagnose eines Patienten mit Dr. House und parodiert diesen damit (VI-4)
  - **Literatur: /**

- **TV:** von Kollege, s.o. oder Dr. Turks Parodie auf Dr. Cox gegenüber jüngeren Kollegen (VIII-10) in Art Sketch-Show; „sie sind so streitsüchtig und ruppig wie Dr. House, nur ohne Hinkebein“ (Dr. Kelso)
- **Allgemeines Arztbild der Serie:** im Vordergrund stehen v.a. die Unerfahrenheit und Fehler der Anfänger (angehenden Ärzte), freundschaftliche Beziehungen häufig nur innerhalb der Klinik, oft spielen Erkrankungen und medizinische Expertise gegenüber persönlichen Konflikten der Hauptfiguren in den Hintergrund, womöglich eher Wahrnehmung der Figuren in privater als in beruflicher Form und im ärztlichen Handeln
- **Abgleich mit Idealbild:** Arztbild im Hintergrund
  - **Idealisierung:** Einsatz für Patienten, in Klinik verbrachte Zeit, Mitgefühl mit Erkrankten, fachliche Kompetenz oft zweiseitig Erfahrene vs. Unerfahrene, Arztberuf mit seinen witzigen Seiten
  - **Abweichung:** viele medizinische Aspekte (wie schlechte Prognosen, Tod von Patienten) ins Komische gezogen, oft mangelnde Menschlichkeit im Umgang mit Patienten, teilw. Erniedrigung von Ausmaß der Freizeit während der Arbeit, permanent Pausen (Umgang mit Patienten rückt zugunsten privater Dialoge in den Hintergrund), Fehlverhalten bzw. Fehler bleiben stets unsanktioniert
- **Fachgebietsspezifisch vermittelte Aspekte:** die hauptsächlich präsentierten Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie werden, wenn überhaupt, eher stigmatisiert charakterisiert: „Chirurgen wollen dauernd Patienten aufschlitzen“ (Dr. Cox, VIII-4), Fachbegriffe tauchen gelegentlich auf

## Analysebogen – Dr. Greene

### *Allgemeines*

- **In Serie von I bis VIII, sowie XV** (Episoden 1-179, sowie 316; d.h. 1994-2002 und 2008)
- **Aussehen, besondere äußere Merkmale:** Typ: äußerlich normal anmutend, weder besonders attraktiv noch besonders hässlich; Nickelbrille, typischer „Hundeblick“
- **Allgemeines Auftreten:** freundlich, zuvorkommend, gutmütig
- **Familienstatus:** zweimal verheiratet, erste Frau Anwältin (mit ihr Tochter Rachel), zweite Frau=Kollegin Dr. Elizabeth Corday (mit ihr zweite Tochter ), Tochter Rachel tritt in letzter Episode der Serie in seine Fußstapfen
- **Familiäres Umfeld:** zunächst Frau Jennifer und Tochter Rachel, später allein lebend und Besuche von Rachel, später mit Frau Elizabeth, Vater: verstirbt im Verlauf der Serie an Lungenkrebs und von Dr. Greene teilweise zu Hause gepflegt, Leben außerhalb der Klinik muss jedoch häufig beruflichen Pflichten weichen
- **Freundschaften:** v.a. Dr. Doug Ross, Dr. Susan Lewis, Krankenschwester Carol Hathaway; außerhalb des Krankenhauses kaum Freunde- keine Privatsphäre, sogar an freien Tagen freiwillig in Klinik (I-13)
- **Besondere persönliche Züge:** liebt Beruf über alles - noch kurz vor seinem Tod träumt er sich in ZNA Chicago, selbstkritisch, überlegt im Handeln, emotional (Arzt, der Gefühle zeigen und mitfühlen kann)
- **Besonderheiten im Privatleben:** Scheidung, Streit um Sorgerecht, Affäre mit Kollegin Cynthia Hooper, selten Hobby: Golfen/Joggen
- **Eigene Erkrankungen:** Hirntumor (Glioblastom): beginnt mit Sprechstörung, Diagnose VII-7 (in gleicher Folge erfährt Dr. Greene von Schwangerschaft seiner zweiten Frau – Dramatisierung), initial erfolgreiche Therapie, Rezidiv (VIII-15), Abbruch der Chemotherapie (VIII-18), Tod und Rückblende (VIII-21) – Held, der täglich Leben rettet, muss selbst vor Krankheit kapitulieren (tragisches Element); außerdem schwere Verletzung nach Überfall im Krankenhaus durch bewaffneten Angehörigen eines Patienten: anhaltende psychische Nachwirkungen, Angstzustände/Schlafstörungen (Codein), kauft sich daraufhin selbst Waffe,

droht Junge mit Waffe als er sich in einer Situation bedroht fühlt-  
Zusammenbruch/Identitätskrise (wirft Waffe in den Fluss)

### **Berufliche Identität:**

- **Position/Hierarchie:** Oberarzt der Notaufnahme des Lehrkrankenhauses Chicago, Aufstieg zum leitenden Oberarzt der ZNA(I-14), Lehrarzt, Chef des medizinischen Notdienstes (ab VII)
- **Fachgebiet:** Notfallmedizin
- **Professionalität:** stets gefasster Leiter des Geschehens in Notfallsituationen , behält Überblick und Ruhe und überträgt dies auf andere, routinierte Professionalität mit Vorbildcharakter, „(...) es gibt dich und den Papst, ihr seid beide unfehlbar“ (Dr. Ross über Dr. Greene, II-13)
- **Kompetenz:** fähiger Leiter, fachlich brilliant und selten in Frage gestellt, hat stets den „richtigen Riecher“, im Verlauf der Serie aber auch Zugeständnis realistischer menschlicher Fehler - übersieht beispielsweise Fall von Präeklampsie (II-13),
- **Umgang mit Patienten:** fürsorglich/mitfühlend (z.B. XV-7), versteht sich als Art Anwalt des Patienten- fälscht im Sinne des Patienten mit Migrationshintergrund Krankenakte, um dessen Abschiebung zu verhindern (V-17), obwohl dies gegen seine eigenen moralischen Vorstellungen ist, im weiteren Sinne insgesamt Positionierung der Bedürfnisse der Erkrankten über den eigenen und denen seiner Familie, Rückstellung der eigenen Gesundheit
  - **Gespräch:** ruhig, gefasst, objektiv, vertrauenswürdig, ehrlich, bemüht Patienten viel zu erklären, „Sie haben mich immer so respektvoll behandelt“ (Patient über Dr. Greene, VIII-20)
  - **Untersuchung:** rücksichtsvoll, spricht dabei mit Patienten, gründlich, häufig gezeigt
  - **Angehörige:** mitfühlend, wertschätzender Umgang auch mit ihnen, Vermittlerrolle, aber auch Auflehnung zum Schutz seiner Patienten, zum Beispiel Schutz eines Sohnes vor Vater, indem er Patienten das Motorrad (als Ursache des Unfalls) abkauft (II-13)
- **Umgang mit Kollegen:** respektvoll führend, guter Lehrer für Studenten, zum Beispiel für jüngeren Dr. Carter (I-14), ehrlich, Vermittlerposition auch zwischen Kollegen, respektvoller Umgang auch mit Pflegepersonal und anderen unterstellten Kollegen
- **Bild bei Kollegen:** am deutlichsten in Episode VIII-20 – Hochachtung der Kollegen ihm gegenüber, Vorbildfunktion, idealer Arzt schlechthin, Berater und Ansprechpartner auch für persönliche Belange seiner Kollegen
- **Gesetzliche Grenzüberschreitungen:** verklagt wegen übersehener Präeklampsie (II-13) verweigert heimlich Reanimation eines Serienmörders, weil er dies mit seinen moralischen Vorstellungen nicht vereinbaren kann
- **Moralische Grenzüberschreitungen:** Reanimationsverweigerung s.o.
- **Sozialverhalten am Arbeitsplatz:** fairer Leiter der ZNA, höflich, freundlich, zugewandt
- **Besonderheiten in beruflicher Identität:** Vorbild, Lehrer, Berater, Ansprechpartner in fachlichen Fragen = „Vorzeigearzt“, aber auch bedingungslose Aufopferung für Beruf- trotz eigener Erkrankung bei laufender Chemotherapie (mit Infusionsständer durch die ZNA) verrichtet er seinen Dienst als Leiter der Abteilung (VIII-17)

### **Als Rollenfigur-Dramaturgie**

- **soziale Handlungsrollen:** Arzt unter Kollegen vs. Leiter/Chef und Lehrer vs. freundschaftliches Verhältnis zu Kollegen (Autoritätskonflikt), Arzt vs. Familienvater (Zeitkonflikt)
- **empathisches Feld aufgebaut, wie gekennzeichnet:** wirkt, aufgrund beispielhaften beruflichen Engagements vs. gelegentlich auch dargestellten Fehlern, durch und durch menschlich und authentisch
- **Angebote zu parasozialen Interaktionen:** /
- **Inkongruenzen mit echter Star-Identität:** in Deutschland weniger von Bedeutung

- **moralische Orientierung, um Figur sympathisch zu finden:** keine besondere Orientierung notwendig, augenscheinlich lebenswerter gerechter Charakter
- **besondere Charakterisierung durch:**
  - **Ausstattungs-elemente:** Brille (menschlich wirkend), Kittel – Betonung der Arztrolle, allerdings auch selten in anderer Kleidung - berufliche Pflicht ist lebensumfassend
  - **Musik:** “*Somewhere over the Rainbow*” (von Israel Kamakawiwo‘ole) als Dr. Greene stirbt (VIII)
  - **Geräusche:** /
  - **Licht :** /
  - **Komik:** seltener Bestandteil der Figur, gelegentlich durch gewissen „Hundeblick“

### *Schlussfolgerungen*

- **Arztimage der Figur:** der ideale Arzt schlechthin (auch aus Sicht seiner Patienten), stellt Beruf über alles; dennoch auch persönliche Züge, die ihn menschlich und authentisch machen, wie Fehler im Beruf, Scheitern der ersten Ehe im Privaten und eigene Kapitulation vor Erkrankung
- **Spitznamen/ Vergleiche :**
  - **Literatur:** „Dr. Nice-Guy“ (Varmus)
  - **TV:** Vergleich mit Unfehlbarkeit des Papstes (Dr. Ross, II-13)
- **Allgemeines Arztbild der Serie:** kompetente aufopferungsvolle Ärzte ohne Freizeit und ständig Überstunden ableistend, berufliche Souveränität ausstrahlend, einzige Privatsphäre ist fachliche Expertise, häufiges Scheitern im Privaten, authentische Züge, zum Beispiel selbst Medikamentenabusus (Dr. Carter)
- **Abgleich mit Idealbild:** wenngleich kräftezehrend, Ärzte lieben Beruf und haben Spaß daran
  - **Idealisierung:** übermäßige zeitliche/bedingungslose Aufopferung, Beruf als Berufung, trotz Stress und Hektik in der ZNA Zeit für Patienten, Rückstellung aller privater Faktoren, Aufopferung der eigenen Finanzen für Patienten/Großmut (beispielsweise Dr. Carter- eröffnet zum Serienfinale eigenes Krankenhaus)
  - **Abweichung:** privates Versagen, v.a. Scheitern persönlicher Beziehungen, eigene sonst tabuisierte Erkrankungen wie Suchterkrankung, AIDS, Krebs; neben Dr. Greene auch weniger kollegial orientierte Ärzte Teil des Teams der ZNA (Dr. Romano), neben Perfektion Dr. Greene auch Fehler und fachliche Unbeholfenheit der jungen Ärzte in Ausbildung (wie Dr. Carter bereits in erster Episode; später Dr. Rasgotra, Dr. Gallant, Dr. Lockhart etc.)
- **Fachgebietsspezifisch vermittelte Aspekte:** Notfallmediziner: als stressiges, aber vielseitiges und spannendes Berufsbild präsentiert, geprägt von oft spektakulären Fällen, erstrebenswert (Carter will unbedingt Notfallmediziner werden und ist dafür sogar bereit, auf Gehalt zu verzichten), Berufsbildvorstellung erneut detailliert in XV-22, als Rachel ZNA gezeigt bekommt; auch Informationen über interdisziplinäres Arbeiten (Kinderärzte, Chirurgen usw.)

## 9.1.2 Analysebögen zur Dramaturgie

### Analysebogen - House

#### *Allgemeines*

- **Teaser:** mit aufsteigenden Staffeln immer aufwendiger gestaltet, zwei Szenen als Ausgangspunkt der Handlung, i.d.R. Präsentation eines Patienten mit spektakulärem Symptom außerhalb Klinik-Setting, wie Südpol oder Gefängnis (II-1), Spannungsaufbau
- **Handlungsort, damit verbundene Stimmung:** *Princeton-Plainsboro Teaching Hospital* (New Jersey), Abteilung für diagnostische Medizin sowie Klinik-Ambulanz; gehobenes Ambiente mit geschmackvoller Einrichtung, weiträumig, viel Glas und Spiegelungen – wirkt

surreal, wie „Zauberwald“ (Jackmann 2011) – weder typisch noch realistisch, lässt Zuschauer vergessen, dass er sich im Krankenhaus befindet

- **ideologische Verweise:** menschliche Ehrlichkeit (Lügen oft Thema und entscheidend für Krankheitsverlauf der Patienten), Substanzmissbrauch (Medikamente/Alkohol), gleichgeschlechtliche Liebe (Dr. Hadley)
- **Vorwissen, das Zuschauer braucht allgemein/fachlich:** v.a. fachlich - medizinische Termini, ansonsten Episoden mit abgeschlossenen Handlungsketten
- **wird nicht gezeigt, ist aber notwendig zum Verständnis:** einige medizinische Techniken/Geräte/Untersuchungen (erwähnt, aber nicht erklärt)
- **wird nicht gezeigt, ist aber notwendig zum fachlichen Verständnis:** Fachjargon, bestimmte allgemeine Erkrankungsbilder, Abkürzungen; teilweise visuelle Veranschaulichung
- **Erzähl-/Textperspektive:** auktorial
- **Narrative Diskontinuitäten/ Ellipsen:** typische Ellipsen in Dialogen - Dr. House beendet Satz nicht, hat gedankliche Eingebung in Bezug auf Lösung des Falls, Publikum wird in anschließender Szene/neue Umgebung aufgeklärt, teilweise auch episodübergreifende elliptische Strukturen, wie IV-15 - Ankündigung Tod von Dr. Volakis am Episodenende  
Funktion: Spannungsaufbau, Krimi-ähnliche Züge im Episodenaufbau
- **Mystery, Surprise, Suspense:** dramaturgischer Spannungsbogen durch typische Fälle und Rückschläge im Episodenverlauf, Surprise- Dr. House weiß oft mehr als Zuschauer (z.B. Eingebungen)
- **wer weiß mehr, Figuren od. Zuschauer:** häufig Dr. House, der auch symbolisch mehr weiß als alle (Sherlock-Holmes-Manier)
- **Besonderheiten in Ausstattung:** aufwendige Untersuchungsmethoden sichtbar nachgestellt (CT, MRT, Herzkatheter, Sonografie, Endoskopie), stilvolle Möbel, im Hintergrund anatomische Modelle, Bücher oder Gegenstände mit symbolischer Bedeutung (Schreibtisch House)
- **Hinweise auf Status der Figuren:** konservativ und adrett gekleidete Ärzte mit Kittel- bis auf House (Sonderstellung), Stethoskope
- **vermittelte Stimmung:** gehobenes Krankenhausambiente, stil- und niveauvolles Äußeres der Figuren (lässt Zuschauer vergessen, dass es Ärzte im klinischen Alltag sind)
- **direkte und indirekte Adressierungen:** /
- **Immersionsangebote:** z.B. Kamerafahrten durch Körperinneres (wie II-1 Lungenendoskopie)
- **Spannungsbogen:** typisches Stilelement, akuter Patient/Symptom – Verschlechterung/weitere Symptome/Thapieversuche/Diagnostik – Lösung/Diagnose/Thapie; kriminalistisch anmutend (Elemente aus klassischem Detektivfilm: Problem- Zuspitzung, externe Ursachensuche, Spannungsmomente)
- **Komik:** komische Elemente, nicht alleiniger Mittelpunkt und wenn, dann auf hohem Niveau wie Kontrastierung und Sarkasmus
- **durch Protagonisten/Situationen:** v.a. durch Dr. House selbst und Umgang mit Patienten und Kollegen, beschimpft z.B. Kollegen als unfähigen Säufer und ist selbst geprägt von Substanzabusus und trinkt sogar mit Patienten zu diagnostischen Zwecken um die Wette (II-1), Dr. House verbringt Pausen im Zimmer komatöser Patienten, um in Ruhe fern zu sehen und zu essen
- **Parodie anderer Genrevertreter:** /
- **witzige Dialoge/akkustische Gags:** regelhaft von Ironie und Sarkasmus geprägte Dialoge zwischen Dr. House und Dr. Cuddy

### *Rollenfiguren*

- **Funktionsrollen:** Pflegepersonal und v.a. medizintechnisches Personal zählt nicht zu Handlungsträgern, so gut wie abwesend- Auslassung beruflicher Schichten (Ärzte können alles selbst, auch Laboruntersuchungen)

- **Handlungsrollen:** weder Patienten (Pianisten, Autoren, Politiker, Expeditionsleiter, Hochleistungssportler) noch Ärzte (außergewöhnlich jung, attraktiv und gut gekleidet) sind gewöhnlich
- **Hierarchie der sozialen Rollen/Konflikte:** Krankenhaus-typisch, häufige Konstellation der Rivalitäten: Protagonist Dr. House- Antagonisten Dr. Cuddy/Dr.Chase/Dr. Foreman/andere Fachärzte
- **wechseln Protagonisten soziale Handlungsrollen:** häufig, z.B. Dr. House: Arzt/Gefangener/Patient, Dr. Cuddy: Chefin/Mutter/Ärztin, Ärzte selbst leiden unter Erkrankungen (Dr. House- Bein, Schädelfraktur; Dr. Wilson-Tumor; Dr. Hadley-Chorea Huntington; Dr. Foreman- schwerste Amöben-Encephalitis)
- **Handlungen der Akteure nachvollziehbar:** im Wesentlichen, Dr. House selbst unberechenbar- Charakteristikum der Figur
- **Austausch von Hauptfiguren:** Team unter Dr. House komplett ausgetauscht im Serienverlauf- Abwechslung/neue inhaltliche Komponenten
- **empathisches Feld aufgebaut, wie gekennzeichnet:** Point-of-View Techniken (Sicht der Patienten), auch Ärzte werden krank
- **Angebote zu parasozialen Interaktionen:** Dr. House als statische Figur (virtuelles Treffen eines alten Bekannten)

### *Kamera*

- **Kadrage:** eher geschlossen und arrangiert, betonte Ordnung der Klinik
- **Mise en Scene:** geordnet, Personen im Zentrum, fast nur Dialoge/wenig reines Handeln; selten Personen im Hintergrund aktiv/eher wenig Betriebsamkeit im Bild; isolierte Stationswelt
- **Figuren der Kamera nahe gebracht vs. eher Distanz:** Episodenbeginn Establishing Shots/ Extreme Long Shots zur Übersicht (externer Ort) und bei Wechsel von Handlungssträngen (Krankenhaus von oben), dominierende Form Medium Shots und Close-Ups (v.a. Dialoge)
- **Kameramittel zur besseren Identifikation:** Detailaufnahmen, Point-of-View Techniken (z.B. III-23)
- **Besonderheiten in Einstellungsgrößen:** Close-Ups und Extreme Close-Ups
  - **Funktion:** Identifikation, Visualisierung
- **Besonderheiten in Perspektive:** charakteristische spektakuläre Aufnahmen vom Inneren des menschlichen Körpers (Immersion), Übersicht nicht nur als Übersicht und im Teaser (z.B. I-1), sondern auch auf Patienten (I-6)
  - **Funktion:** Überleitung/Übersicht
- **Kamerabewegung/Dynamisierung mit:** Kamerafahrten begleiten häufig im Gehen geführte Dialoge, Hauptfiguren meist in Bewegung, auch bei Diagnosegesprächsrunden- oft steht eine Person oder läuft umher
  - **Funktion:** Steigerung von Tempo und Spannung, es geht um Leben und Tod des Patienten, Eile ist geboten (vgl. zu *ER* dennoch eher ruhig)

### *Licht und Ton*

- **Besonderheiten in Lichtgestaltung:** Helligkeit durch reichlich Tageslicht in Zimmern und Fluren (Fenster sogar in der Decke) und zusätzlich elektrisches Licht, Normalstil bis High Key
  - narrative Funktion: gehobene Umgebung bestärkt mittels Lichtreichtum
  - wie Raum- und Zeitbild durch Licht definiert: Tag-Nacht-Wechsel sichtbar, bläuliches Licht und Dunkelheit bei nächtlichen Tätigkeiten im Labor
  - Einfluss auf Stimmung: sterile, aber lichtdurchflutete Krankenhausumgebung- „Zauberwelt“ (Jackman 2011)
- **Besonderheiten in Tongestaltung:**
  - musikalisches Leitmotiv vorhanden: häufig gleiches Klaviermotiv

- Musikalische Untermalung/ echte Liedeinschübe: beide Komponenten regelhaft eingesetzt, ebenso arrangiert wie Bild
- dramaturgisch /narrativ/strukturell/persuasiv: instrumentale Untermalung durch Klaviermotive
- bekannte Popsongs/Zielgruppe: z.B. „Hallelujah“ (Original von Leonard Cohen, II-1), Rockmusik als die von Dr. House favorisierte Musikrichtung (z.B. III-23)
- Einfluss auf Stimmung: allgemeines emotionales Mitschwingen oft nachdenklich, ruhig, Dialoge untermalend – Klavierbegleitung; Erleichterung z.B. bei Verbesserung des Zustands der Patienten (I-7)
- zur Charakterisierung von Personen eingesetzt: s.o. Rockmusik
- Titelmelodie: „Teardrop“ (von *Massive Attack*)
- Besonderheiten Sprache/Sprechweise/Tonlage: Dr. Houses Fachjargon kontrastiert regelhaften Gebrauch von Vulgarismen (z.B. „zu kleine Nüsse“ für Hodenatrophie, III-23) begleitet von herablassendem Tonfall, ähnlich auch bei anderen Ärzten- Foreman: „Kacke, der Todeskandidat geht ex!“ (II-1)
- Voice-Over eingesetzt: selten (z.B. IV-15)
- Geräusche/Quellen im Bild vs. nicht/Atmotome: eher sparsamer Einsatz von Atmotomen und Hintergrundgeräuschen, wie Telefonklingeln, Monitorpiepsen
- Verteilung der Tonebenen HG, MG, VG: normale Verteilung, vordergründig sind Dialoge- dem entsprechend gestaltet
- Stille als Bedeutungsträger: Szenen ohne Dialoge selten, z.B. nur Musik im HG beim Sterben eines Patienten (III-12)

### *Schnitt und Montage*

- **besondere Schnittformen Episodenanfang/-ende:** Auf- und Abblenden, z.B. Wischblende als Dr. House am Ende einer Folge die Diagnosetafel abwischt
- **Eyeline Matches/Point-of-View:** gelegentlich, z.B. Dermatozoen : Halluzination einer Patientin, die Spinnen auf ihrem Arm sieht im Vergleich zur Sicht der Ärzte (da ist nichts)
- **Ellipsen/Diskontinuitäten:** häufig spannungserzeugendes Element, Besonderheit z.B. Episode IV-15 beginnt Geschehnisse eines Busunglücks von hinten aufzurollen
- **Cross Cutting/Parallelmontage:** Gedanken während Hypnose von Dr. House im zeitgleichen Wechsel zum realen Umfeld der Kollegen (IV-15)
- **Sequenzen mit bestimmtem Rhythmus im Schnitt:** s.o.
- **Unstimmigkeiten in Bildanschlüssen:** keine offensichtlichen oder störenden Ungereimtheiten

### *Visuelle und Spezialeffekte*

- **offensichtliche Techniken/Tricks:** Krankenhaus-typische, wie Kunstblut, gefederte Spritzen, Endoskopattrappen
- **Schockbilder:** epileptische Anfälle (mehrfach in jeder Staffel), Kopfbohrungen
- **vor Kamera - Puppen/Stuntman/Handkamera/Pyrotechnik:** Brennen einer Patientin, Schädelbohrung, „Latex-Magie für Hirnaneurysma“ (Jackmann 2011)
- **nachträgliche Bearbeitung/Computeranimation:** vielfach eingesetzt , Hauseinsturz (Jackmann 2011) liefert Einblicke ins Innere des menschlichen Körpers, wie Fahrten durch Blutgefäße/Gehirn (II-1)/Lunge (II-1) usw., nachträglich erzeugte: z.B. Sklerenikterus, Chagas-Wanzen-Animation bei Dermatozoenwahn; dennoch visuelle Effekte schleichend integriert - Zuschauer soll nicht zu sehr abgelenkt werden

## Analysebogen - Scrubs

### Allgemeines

- **Teaser:** Titel der Serie als Doppeldeutigkeit (Kasaks vs. Versager/Anfänger), nahezu jede Episode beginnt mit „My...“ (Titel und Erzählerstimme), seitenverkehrt angeheftetes Röntgenbild (Komik bereits im Teaser)
- **Handlungsort, damit verbundene Stimmung:** *Sacred Heart Hospital* (oft auch außerhalb Station- Cafeteria) , häufig Settings fernab des Krankenhauses, wie Bars o.ä. (medizinisches Umfeld vgl. mit *House*, *ER* weniger zentral)
- **ideologische Verweise:** ethnische Gruppierungen (v.a. Verweise auf Hautfarbe), am Ende jeder Episode Art moralische Zusammenfassung
- **Vorwissen, das Zuschauer braucht allgemein/fachlich:** kaum notwendig
- **wird nicht gezeigt, ist aber notwendig zum Verständnis:** Fokus auf Situationskomik, episodенübergreifende Handlungsketten auch nachträglich nachvollziehbar
- **wird nicht gezeigt, ist aber notwendig zum fachlichen Verständnis:** selten Fachjargon, mit dem Figuren teilweise selbst nichts anzufangen wissen, Bsp. „Thrombotisch thrombozytopenische Purpura“ (II-9)
- **Erzähl-/Textperspektive:** „Ich-Erzählform“ (Staffel I – VIII ) bzw. perspektivische Erzählweise (IX „Our...“), selten auktoriale Anteile, vs. andere Serien
- **Narrative Diskontinuitäten/ Ellipsen:** Parallelmontage der Handlungsketten, selten größere Auslassungen oder Zeitsprünge, wie Rückblendenepisode VII-11 (leicht verständlich) eher Aneinanderreihung der komischen Elemente und kaum durchbrochen, z.B. lediglich durch innere Monologe
  - Funktion: Dynamik der Komik, Rückblenden, Gedanken (sogenanntes „Kopfkino“ J.D.’s )
- **Mystery, Surprise, Suspense:** oft ahnt (Suspense) Zuschauer bevorstehendes Ereignis, dem Figuren ausgesetzt sind (z.B. J.D. rennt Flur entlang, Schnitt, Hausmeister wischt das andere Ende des Flurs IV-5) - damit eher Erzeugung von Komik als echter Spannung
- **wer weiß mehr- Figuren od. Zuschauer:** mehrheitlich gleich verteilt, selten der Zuschauer – s.o. Erwartungen
- **Besonderheiten in Ausstattung:** Berufsgruppen, typische Kasaks (in farbiger Zuordnung), medizinisches Equipment/Apparaturen eher hintergründig
- **Hinweise auf Status der Figuren:** Stethoskope, Farbe der Kasaks oft fach- bzw. statusbezogen, nur höher gestellte Ärzte im Kittel, OP-Hauben (oft mit persönlicher Komponente der Gestaltung: bunt oder spezielle Formen) der Chirurgen nicht nur im OP-Trakt getragen, teilweise sogar Dienstkleidung außerhalb des Krankenhauses
- **vermittelte Stimmung:** Suggestieren eines Klinik-Milieus, aber nicht detailgetreu- zu viele Einzelheiten wären störend und nicht notwendig für Gags
- **direkte und indirekte Adressierungen:** ergeben sich aus der Erzählperspektive, wie z.B. „Wissen Sie, heute ist mein erster Tag (...)“ (I-1) oder „Mich interessiert, was ihr alle denkt (...)“ (dem Zuschauer zugewandt, V-18)
  - Funktion: Identifikation
- **Immersionsangebote:** Tagträume der Figuren führen in Traumwelten, v.a. J.D. und Dr. Cox
- **Spannungsbogen:** eher durch sich entwickelnde persönliche Konflikte der Charaktere, (Beziehungsbögen), selten auf Patienten und deren Erkrankungen basierend (vs. andere Serien)
- **Komik:** Hauptelement gemäß Subgenre, wichtiger Bestandteil Running Gags: Dr. Cox spricht J.D. mit Frauen- sowie degradierenden Spitznamen („Flachzange“) an (z.B. II-4, aber generell in fast jeder Folge) v.a. während seiner endlosen Monologe, ausgestopfter Hund (Rowdy) als bedeutendes Einrichtungsinventar in Wohnung von J.D. und Dr. Turk
- **durch Protagonisten/Situationen:** einige der zahllosen Bsp.: infantile, tollpatschige Art - Hauptfigur J.D. sowie der anderen jungen Assistenzärzte, Tagträume, rhetorisch ausgefeilte Monologe - Dr. Cox, „Todd-Flosse“- Dr. Todd sarkastisch anmutendes „Vergessen/Verlegen



seiner Leichen“ – Pathologe Dr. Murphy; jede Handlungsrollenfigur trägt wiederkehrende komische Charakterzüge, Dr. Cox parodiert den mit Handpuppe agierenden Kinderarzt seines Sohnes, welcher wiederum mittels Handpuppe Dr. Cox parodiert (III-3) etc.

- **Parodie anderer Genrevertreter:** TV-Game-show Jeopardy: „Was ist Urämie?“ (I-1); House: „House ist ein Genie (...)“, „Das habe ich bei Dr. House gesehen (...)“, „Nennen Sie mich Dr. House (...)“ (Hausmeister)
- **witzige Dialoge/akkustische Gags:** homoerotisch anmutende Dialoge zwischen Dr. Turk und J.D. („Ich liebe dich (...)“ I-1), regelhaft zwischen Dr. Cox- J.D., Dr. Cox- Dr. Kelso, Dr. Turk- Carla; akkustisch z.B. Autobremsergeräusche beim Anhalten einer Patientin mit Rollstuhl (I-1) oder Magenknurren Dr. Reid wird mit Knurren eines Raubtiers hinterlegt

### *Rollenfiguren*

Hauptrollen stets gemischt in ethnischer Zugehörigkeit

- **Funktionsrollen:** größtenteils Pflege- sowie nicht-ärztliches Krankenhauspersonal, sogar Patienten mehrheitlich funktional ! (vs. *House / ER*)
- **Handlungsrollen:** Ärzte, Krankenschwestern, Patienten, Angehörige, Rechtsanwalt und Aufsichtsrätin der Klinik- paradox: hier zählt sogar der Hausmeister zu den Haupthandlungsträgern (wenig medizinischer Inhalt)
- **Hierarchie der sozialen Rollen/Konflikte:** Krankenhaus-typisch, häufige Konstellation der Rivalitäten: hierarchisch zwischen Assistenzärzten-Oberärzten-Krankenschwestern (wie z.B. Schwester Carol und Dr. Cox) bzw. nicht gleichgestellten Ärzten (Dr. Cox-Dr. Kelso)- z.B. Dr. Cox abwertende Rede über CA Dr. Kelso (II-1), interdisziplinäre Konflikte von Chirurgen-Internisten (Dr. Turk - Dr. Dorian) (I-20), Dermatologen; geschlechtliche Rollenverteilungen
- **wechseln Protagonisten soziale Handlungsrollen:** J.D. und Dr. Turk : vom ärztlichen Anfänger/später Lehrer für neue Assistenzärzte (J.D. ab III Stationsarzt), J.D. und Dr. Cox: Oberarzt/Chefarzt (ab XIII)/Vater (spätere Staffeln) Dr. Kelso: Chefarzt/Vorrucheständler/Krebspatient (IX)
- **Handlungen der Akteure nachvollziehbar:** wenig gehandelt, viel gesprochen; im Dialog zählt der Witz, weniger die Narration
- **Austausch von Hauptfiguren:** v.a. in den letzten Staffeln, IX ohne Hauptakteur J.D. mit Wechsel der Erzählperspektive
- **empathisches Feld aufgebaut, wie gekennzeichnet:** menschliche Züge mit Darstellung von eigenen Fehlern/Tollpatschigkeit, eigener Erkrankung und privaten Problemen, Mitfühlen der Zuschauer mit Ahnungslosigkeit und Überforderung der ärztlichen Anfänger, innere Monologe der Figuren, Umgangssprache und gesamte sprachliche Ebene
- **Angebote zu parasozialen Interaktionen:** durch Staffel-übergreifendes Zeigen der Figuren, Zuschauer Eindruck Treffen „alter Bekannter“, durch Narrationsperspektive J.D. ‘s wirkt jede Episode wie Einblick in sein Tagebuch, wiederholte ähnliche Abläufe/Situationen v.a. in ersten Staffeln-, Routinisierung der Figuren und Abläufe für das Publikum

### *Kamera*

- **Kadrange:** wechselt zwischen offen und geschlossen, häufig offen mit vielen Figuren im Bild
- **Mise en Scene:** meist viele Personen und Bewegung im Bild, arrangiertes Durcheinander (Fiktionalität)
- **Figuren der Kamera nahe gebracht vs. eher Distanz:** oft Medium Shots, viele Close -Ups (fast alle Dialoge), Mimik und Gestik im Sinne der Komik gut sichtbar, gelegentlich Extreme Close-Ups
- **Kameramittel zur besseren Identifikation:** Nahaufnahmen, Zoom, Normalsicht
- **Besonderheiten in Einstellungsgrößen:** oft viele Menschen auf relativ engem Raum, Übersichtsaufnahmen rar, d.h. selten Long Shot Formen, da räumliche Orientierung im Krankenhaus nur begrenzt notwendig, daher American Shot, Close-Ups

- Funktion: Identifikation, Mimik (v.a. bei Dr. Cox und Dr. Kelso von Bedeutung) muss für die komischen Elemente sichtbar sein
- **Besonderheiten in Perspektive:** meist Normalsicht, Dialoge im Vordergrund, räumliche Perspektive für Narration nicht notwendig, Besonderheit: in Sitcoms übliche Multikameratechnik wird hier nicht angewendet
- **Kamerabewegung/Dynamisierung mit:** raschen Szenenwechseln, gelegentlichen Kamerafahrten, Slow-Motion in Tagträumen
  - Funktion: schnelles Aufeinanderfolgen der Gags, Komik

### *Licht und Ton*

- **Besonderheiten in Lichtgestaltung:** v.a. Normalstil und künstlich wirkendes Licht, neutrale Lichtfarbe
  - narrative Funktion: Krankenhausatmosphäre, in Tagtraumwelten häufig High Key Beleuchtungsmodi-, künstliche Überspitzung
  - wie Raum- und Zeitbild durch Licht definiert: grelles Licht- Abgeschlossenheit in der Klinik, Tag-Nacht-Rhythmik integriert wenn außerhalb des Krankenhauses (z.B. Bars- Auflockerung)
  - Einfluss auf Stimmung: sterile Krankenhausumgebung vs. Dialoge außerhalb der Klinik, z.B. Bars- Auflockerung
- **Besonderheiten in Tongestaltung**
  - musikalisches Leitmotiv vorhanden: „*I’m no Superman*“ an Inhalt adaptierter Titel
  - Musikalische Untermalung/echte Liedeinschübe: wichtige Rolle; oft so dominant, dass Narration komplett in den Hintergrund rückt: A-Capella-Band von Rechtsanwalt der Klinik „*Die erbärmlichen Versager*“ (z.B. Titelmelodien von Trickserien) oder Patient, der auf Gitarre spielt (welche Erkrankung er hat, spielt keine Rolle, nur sein Unterhaltungswert), häufig werden die handelnden Figuren selbst zu Sängern
  - dramaturg./narrativ/strukturell/persuasiv: jede der Funktionsebenen eingesetzt, v.a. aber strukturell, „Ödem-Song“ bei „*Poo-Song*“, „Chirurgen-Internisten-Song“ (I-20), teilweise in Dialogen fließender Übergang in Sprechgesang
  - bekannte Popsongs/Zielgruppe: eher instrumentale Begleitung, wenn persuasiv und Akteure nicht selbst singen, bekannte Popsongs eher in späteren Staffeln, z.B. Kontrastierung des Versterbens dreier Patienten mittels Titel „*How to save a Life*“ (von The Frey, V-20) oder „*Here she goes again*“ (VIII-1)
  - Einfluss auf Stimmung: in der Regel Unterhaltung bzw. Belustigung
  - zur Charakterisierung von Personen eingesetzt: Rechtsanwalt und Band, „Chirurgen-Internisten-Song“, schon Titelmelodie beschreibt die Rollenfiguren
  - Besonderheiten in Sprache/Sprechweise/Tonlage: oft sehr weibliche Tonlage J.D., häufig Umgangssprache und vulgäre Sprache („verdammte Klinik“ II-1), metaphorische Ausdrucksweise von Dr. Cox (Fabeln/Tiervergleiche), teilweise Verschraubungen in Tonlage bis hin zum Verfall ins Singen (Dr. Cox III-4), Sprache: Spanisch integriert wegen Schwester Carols Herkunft
  - Voice-over: ständig eingesetzt (J.D. Tagträume)
  - Geräusche/Quellen im Bild vs. nicht/Atmotome: kaum Krankenhaus-typsische, selten Monitore, v.a. als komische Elemente, Verteilung der Tonebenen VG/MG/HG: Atmotome sehr im HG, VG und MG, teilweise vertauscht (z.B. Gedanken von J.D.)
  - Stille als Bedeutungsträger: /

### *Schnitt und Montage*

sonst typischer harter Schnitt dominiert hier nicht, wirkt eher animiert

- **Besondere Schnittformen am Episodenanfang:** rasche Abfolge, Vorstellung der Charakter im Teaser- rhythmische und geografische Montagedimension, am Ende meist rasche

Abblende, danach Aneinanderreihung witziger Momentaufnahmen aus der jeweiligen Episode zu stets gleicher Musik und oft Voice-over-überlagert von J.D.'s Art moralischer Zusammenfassung am Ende

- **Eyeline-Matches/Point of View:** v.a. zwischen Charakteren in Dialogen
- **Ellipsen/Diskontinuitäten:** kaum, Publikum kann leicht folgen
- **Cross Cutting/Parallelmontage:** Switch zwischen Dialogen der einzelnen Figurengruppen mehrerer Handlungsstränge, teilweise Überblendung mit Geräuschverstärkung oder Wechsel der Geräuschintensität oder Wischblenden (oft Trickblenden eingesetzt)
- **Sequenzen mit bestimmtem Rhythmus im Schnitt:** insgesamt schneller Schnitt für rasche Abfolge der Gags (kürzere Episoden)
- **Unstimmigkeiten in Bildanschlüssen:** kaum merklich, aber z.B. Stethoskope hängen nach Cut anders, nur bei mehrmaliger Detailanalyse deutlich

#### *Visuelle und Spezialeffekte*

- **offensichtliche Techniken/Tricks:** Kunstblut, Krankenhaus-typische Tricks (Nadeln, Infusionen)
- **Schockbilder:** eher weniger, Humor im VG
- **vor Kamera - Puppen/Stuntman/Handkamera/Pyrotechnik:** Stuntmen für Tandemsprung J.D. und Elliot Reid (II-7)
- **nachträgliche Computeranimation:** /

### Analysebogen – *Emergency Room*

#### *Allgemeines*

- **Teaser:** Titel in signalfarbenen Großbuchstaben eingeblendet mit kurzem Schlagzeugmotiv, danach sofort erste Szenen, meist Teaser mit Einlieferung eines oder mehrerer Notfallpatienten mit bedrohlichem Zustand, dann unterbricht prägnante Titelmusik (prägnant, ohne Ausschmückungen) Szene (Suspense)
- **Handlungsort, damit verbundene Stimmung:** ZNA Chicago - Hektik, Betriebsamkeit, Kampf um Leben und Tod, zahllose Untersuchungsräume, lange Flure; Auslagerung Afrika (Kisangani) z.B. in Staffel IX und Irak in Staffel XI – dort oft im Freien, Lazarette
- **ideologische Verweise:** Rassismus in den USA (Hautfarbe) häufig thematisiert, Kluft arm vs. reich, Obdachlosigkeit, gleichgeschlechtliche Liebe (Oberärztin lesbisch), Drogen- und Alkoholabusus/Suchterkrankung, aufklärerischer Charakter der ausgelagerten Episoden-Irakkrieg, Zustände in Afrika (Carter bei „Ärzte ohne Grenzen“), HIV, Aufopferungsmentalität der Ärzte für Patienten
- **Vorwissen, das Zuschauer braucht allgemein/fachlich:** Fachtermini nicht ausgespart
- **wird nicht gezeigt, ist aber notwendig zum Verständnis:** keine Zusammenfassung der außerberuflichen episodenübergreifenden Handlungsketten zu Beginn der Serie
- **wird nicht gezeigt, ist aber notwendig zum fachlichen Verständnis:** Fachjargon, wie Namen der Erkrankungen/Medikamente von Produzenten bewusst nicht ersetzt (authentischer), gelegentlich Begriffsklärung in Dialoge integriert, z.B. XII-16 „Myelodystplastisches Syndrom“ wird im Dialog einem Studenten erklärt
- **Erzähl-/Textperspektive:** auktorial / allwissender Beobachter, gelegentlich Wechsel z.B. in XI-15, XI-16 innere Monologe
- **Narrative Diskontinuitäten/ Ellipsen:** Rückblenden, z.B. XV-12
  - Funktion: besseres Verständnis, Auflockerung der Chronologie
- **Mystery, Surprise, Suspense:** Bängen um Überleben der Patienten in nahezu jeder Episode, Patientenschicksale
- **wer weiß mehr, Figuren oder Zuschauer:** in der Regel gleich verteilt, selten Zuschauer mehr Einblicke in persönliche Handlungsstränge des Personals

- **Besonderheiten in Ausstattung:** aufwendig/authentisch gestaltet, an Untersuchungsgeräten /Monitoren/OP-Ausstattung, Röntgenaufnahmen im Hintergrund, oft chaotisches Durcheinander am Empfangstresen (Aktenberge neben Kaffee und Kuchen), in XIII-13 wird ZNA renoviert
- **Hinweise auf Status der Figuren:** Dienstkleidung, wie Kittel, Kasaks (häufig auch nach Dienstschluss getragen!), Stethoskope um den Hals trägt nahezu jeder Mitarbeiter
  - vermittelte Stimmung: Krankenhausalltag unter Betonung des hektischen ZNA-Gefüges
- **direkte und indirekte Adressierungen:** eher selten angewendet, z.B. Schwester Abby ans Publikum: „Arbeitet hier noch jemand außer mir?“
  - Funktion: weckt Aufmerksamkeit
- **Immersionsangebote:** eher aktives Einfühlen der Zuschauer gefordert
- **Spannungsbogen:** erzeugt durch Krankheitsverläufe- Heilung vs. Tod der Patienten, Bedrohung der ZNA durch Überfälle/Brände (I-14), private Handlungsketten des Personals (z.B. fragliche HIV-Diagnose einer Arzthelferin)
- **Komik:** insgesamt eher rar und in späteren Staffeln, ernsthafte Widerspiegelung der Verhältnisse in ZNA
- **durch Protagonisten/Situationen:** z.B. Dr. Morris testet Elektroschockpistole an sich selbst (XIV-14), einige sarkastische Szenen über Tod (z.B. Dr. Carter schläft im Leichenraum, um Ruhe zu haben), Lavage-Reanimationsversuch von Würmern (II-13) parodiert Überengagiertheit des ZNA-Teams
- **Parodie anderer Genrevertreter:** /
- **witzige Dialoge/akkustische Gags:** treten hinter professionsbezogenen Dialogen in Hintergrund, z.B. Schnick-Schnack-Schnuck Spiel der Schwestern, wer Obdachlosen baden muss

### *Rollenfiguren*

Hauptrollen stets gemischt in ethnischer Zugehörigkeit

- **Funktionsrollen:** Feuerwehrmänner, Polizisten, Laborangestellte, Krankenwagenfahrer
- **Handlungsrollen:** Ärzte und Schwestern (statischer Stamm an Personal), Patienten und Angehörige (wechseln episodisch)
- **Hierarchie der sozialen Rollen/Konflikte:** Krankenhaus-typische hierarchische Konflikte in jeder Folge, münden in Äußerungen wie „...ich schreibe die Anordnungen und du führst sie aus!“ (Dr. Benton zu Schwester, I-14)
- **wechseln Protagonisten soziale Handlungsrollen:** häufig, z.B. beruflicher Werdegang Abigail Lockhart von Krankenschwester zur Oberärztin, Wechsel zwischen beruflicher Funktion und privater Rolle (typisch z.B. zeitliche Diskrepanz Beruf – Familie), Ärzte werden selber Patienten (z.B. Dr. Greene- Hirntumor, Dr. Weaver- Arthrose im Endstadium, Dr. Carter- Niereninsuffizienz)
- **Handlungen der Akteure nachvollziehbar:** bleiben Rollenerwartungen treu
- **Austausch von Hauptfiguren:** schleichende Wechsel im Personalstamm im Verlauf der 13 Staffeln, erwähnenswert Ausscheiden von Dr. Mark Greene (I-VIII), Dr. Ross (I-V) und Dr. Benton (I-VII), besonders in Staffel VI einige neue Ärzte, z.B. Dr. Romano
- **empathisches Feld aufgebaut, wie gekennzeichnet:** die „Überärzte“ erhalten menschliche Züge mit Darstellung von Suchtverhalten (Dr. Lockhart, Dr. Carter) und privaten Problemen, Mitfühlen der Zuschauer mit Ahnungslosigkeit und Überforderung der Studenten (v.a. I), sowie mit Hilflosigkeit der Ärzte/Angehörigen bei infausten Prognosen, Empathie mit Patienten (v.a. Point-of-View: Schlaganfallpatientin XI-15)
- **Angebote zu parasozialen Interaktionen:** durch Staffel-übergreifendes Zeigen der Figuren, Zuschauer hat Eindruck Treffen „alter Bekannter“

## Kamera

- **Kadrage:** meist geschlossen oder angeschnitten, wenn weiter weg und viele Personen auch offen (Personen laufen im Hintergrund scheinbar wild durcheinander)
- **Mise en Scene:** meist viele Personen und Monitore im Bild, fahrende Kamera auf Augenhöhe der Patienten- Kamera begleitet bei Einlieferung in ZNA, Bewegung im Bildarrangement dominanter Bestandteil
- **Figuren der Kamera nahe gebracht vs. eher Distanz:** oft Medium Shot/Close-Up (fast alle Dialoge), Extreme Close-Up
- **Kameramittel zur besseren Identifikation:** Nahaufnahmen, Extreme Close-Ups/Point of View (oft aus Patientensicht, z.B. XI-15)
- **Besonderheiten in Einstellungsgrößen:** oft viele Menschen auf relativ engem Raum, Übersichtsaufnahmen rar
  - Funktion: Überblick geht verloren, unterstreicht hektische Atmosphäre der ZNA
- **Besonderheiten in Perspektive:** meist Normalsicht, Besonderheit: IV-1 Handlung: Kamerateam dreht Dokumentation über ZNA – Perspektive aus Sicht der Kamera, Handkameratechnik, Scharfstellen und Übersicht
  - Funktion: Authentizität
- **Kamerabewegung/Dynamisierung mit:** ständigen Schwenks und Kamerafahrten; Patienten mit rasanten Kamerafahrten bei Einlieferung auf Tragen (mit zeitgleichem Anamnesegespräch) begleitet; Schwenks zwischen Untersuchungsräumen, so ständiger Wechsel zwischen zeitgleich behandelten Patienten/Dialogen
  - Funktion: es entsteht für Serie typische Dynamik- hohes Tempo gefordert (titelgemäß)

## Licht und Ton

- **Besonderheiten in Lichtgestaltung:** v.a. Normalstil und künstlich wirkendes Licht
  - narrative Funktion: Sterilität und Tageszeitunabhängigkeit der ZNA, hell beleuchtet, zusätzlich Betonung weißer Kittel durch Lichtfokussierung, Sonderformen - z.B. Aufblendung und Cut bei Szenenteilung zwischen zwei Elektroschocks (II-13)
  - wie Raum- und Zeitbild durch Licht definiert: in der Klinik spielende Szenen v.a. kaltes, grelles Licht - Abgeschlossenheit, oft Fenster durch Rollos verdunkelt, Zeitgefühl geht verloren (förmlich unendliche Schichten)
  - Einfluss auf Stimmung: Professionalität ohne Zeitbegrenzung, Kälte
- **Besonderheiten in Tongestaltung:**
  - musikalisches Leitmotiv vorhanden: nein
  - Musikalische Untermalung/ echte Liedeinschübe: eher selten in den ersten Staffeln, teilweise in Rückblenden (XIV-14), es dominieren bzw. übertönen authentische Atmotome wie Monitorgeräusche, oft nur instrumentale oder Schlagzeugbegleitung in Notfallsituationen, in späteren Staffeln häufiger echte Liedeinschübe (z.B. landestypische Musik in nach Afrika ausgelagerten Folgen (IX-22))
  - dramaturg./narrativ/strukturell/persuasiv: jede der Funktionsebenen eingesetzt, z.B. narrativ- musikalische Kontrastierung drohender Hubschrauberkatastrophe (X-8) mittels Entspannungsmusik im Fahrstuhl vs. Transport akut lebensbedrohter Patienten, strukturell - auflockernde Begleitung in Szenen außerhalb des Krankenhauses, persuasiv- Komik als Dr. Carter Dr. Benton appendektomiert
  - bekannte Popsongs/Zielgruppe: eher in späten Staffeln, z.B. „Mercy“ (von Duffy) in Erotikszene, „Somewhere over the Rainbow“ (von Israel Kamakawiwo‘ole) als Dr. Greene stirbt, teilweise auch Radiomusik
  - Einfluss auf Stimmung: Unterstreichungen oder Kontrastierung der hektischen Taktung der ZNA
  - zur Charakterisierung von Personen eingesetzt: insgesamt eher selten, z.B. bei Dr. Greenes Tod, Personen vielmehr durch berufliches Handeln charakterisiert

- Titelmelodie: instrumental, erinnert an Sirene (alarmierend), endet mit Trommelschlägen (Weckreaktion)
- Besonderheiten Sprache/Sprechweise/Tonlage: sachlich gehalten, Fachtermini, oft Stimmengewirr in Behandlungsräumen, typisch Befehlstondialoge bei Notfallbehandlungen mit wildem Durcheinanderschreien; teilweise französische Sprache im Untertitel in Episoden, die in Afrika spielen
- Voice-Over eingesetzt: häufig, z.B. innere Monologe Dr. Rasgotra und Dr. Gallant Briefwechsel (XI-16) in Verbindung mit Parallelmontage Chicago-Irak
- Geräusche/Quellen im Bild vs. nicht/Atmosphäre: in ganzer Fülle eingesetzt, ständig typisches Piepen der Kreislauf-Überwachungsgeräte, Telefonklingeln, Sirene, Verkehrslärm (Großstadtatmosphäre, wenn außerhalb des Kliniksinners)
- Verteilung der Tonebenen HG, MG, VG: in der Regel normal verteilt
- Stille als Bedeutungsträger: z.B. Fassungslosigkeit der Angehörigen neben erschossenem Patienten nach Überfall - Stille in Verbindung mit Stillstand der Szene (I-14)

### *Schnitt und Montage*

v.a. harter Schnitt, meist mit räumlichen Beziehungen dazwischen, selten grafisch (z.B. Chicago-Irak), oft jump cuts- bewusste Diskontinuität

- **besondere Schnittformen Episodenanfang/-ende:** Aufblendung bei Chronologie-Sprüngen, Ende oft mit Abblenden
- **Eyeline-Matches/Point-of -View:** Eyeline-Matches: z.B. Blick Dr. Lockhart zum Patient, dann wird dieser gezeigt (X-6) oder Luftballon-Szene (VIII-21); Point-of-View: Besonderheit Episode XI-5 aus Patientenperspektive
- **Ellipsen/Diskontinuitäten:** häufiges Stilmittel, wie Rückblenden /Liebesszenen, Besonderheit Episode IX-10 Umkehrung der Chronologie- Ereignisse werden in umgedrehter Reihenfolge aufgeschlüsselt, dazwischen Aufblenden
- **Cross Cutting/Parallelmontage:** typisch Cross Cutting zwischen zwei Behandlungsräumen, Parallelmontage - z.B. Gegenüberstellung zweier Fälle mit Fieberkrampf (XVI-7)
- **Sequenzen mit bestimmtem Rhythmus im Schnitt:** typisch, dynamisierende Funktion, z.B. III-17- Dr. Benton erwacht postoperativ - Eyeline-Matches: immer wieder besucht durch anderen Kollegen
- **Unstimmigkeiten in Bildanschlüssen:** keine offensichtlichen oder störenden Ungereimtheiten

### *Visuelle und Spezialeffekte*

- **offensichtliche Techniken/Tricks:** Kunstblut, Operationen oft authentisch simuliert, typischerweise Schussverletzungen in nahezu jeder Episode
- **Schockbilder:** kein Wegblenden bei offenen Operationen, traumatisch amputierte Extremitäten, Erschießungen (in nach Afrika/Irak ausgelagerten Episoden)
- **vor Kamera- Puppen/Stuntman/Handkamera/Pyrotechnik:** v.a. in Unfallgeschehen mit massenhaft Verletzten/Toten und Feuer (z.B. XII-8), Explosionen (v.a. ausgelagerte Folgen)
- **nachträgliche Bearbeitung/Computeranimation:** z.B. Flugzeugabsturz (XII-8), Hubschrauberabsturz (X-8)

## **9.2 Vollständige Tabellen der Erfassung der Diagnosen und Besonderheiten**

Diese hier ausgelagerten Tabellen befinden sich auf dem Datenträger im Einband.

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes unterstützt haben: Prof. Dr. med. Gunter Wolf, MHBA  
Dr. Thomas Lehmann (statistische Beratung)

die Hilfe des Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für die Arbeit erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als eine Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, den .....2013

Unterschrift

# Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name:	Lisa Leucht
Geboren am:	14.11.1987
Geburtsort:	Oelsnitz (Vogtland)
Wohnhaft in:	Bergstr. 20, 08606 Oelsnitz
Familienstand:	ledig
Vater:	Dr. Stefan Leucht, Facharzt für Urologie
Mutter:	Kathrin Ludwig-Knaack, Dipl. Psychologin und Psychotherapeutin

## Ausbildung

1994 -1998	Grundschule „Am Karl-Marx-Platz“ Oelsnitz	
1998 -2006	Julius-Mosen-Gymnasium Oelsnitz; Abschluss: Abitur (Note: 1.2)	
2006 -heute	Studium der Humanmedizin, Friedrich-Schiller-Universität Jena	
Staatsexamen: 12.09.2008		
Staatsexamen: voraussichtlich 10/2013		
Praktisches Jahr:	08/2012-12/2012	Gefäßchirurgie, Klinikum Burgenlandkreis Naumburg
	12/2013-03/2013	Klinik für psychische Erkrankungen, Tagesklinik für Psychosomatik, Klinikum Burgenlandkreis Naumburg
	03/2013-geplant 08/2013	Innere Medizin, Klinikum Burgenlandkreis Naumburg

Jena, den .....2013

Unterschrift



## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Gunter Wolf, MHBA für die freundliche Überlassung des Themas und das Ermöglichen dieser Dissertation, der wissenschaftlichen Unterstützung sowie der Durchsicht dieser Arbeit und der Betreuung während des Zeitraumes der Promotion.

An dieser Stelle danke ich meinen Eltern dafür, dass sie mich im gesamten Leben auf meinem Weg uneingeschränkt unterstützt und liebevoll begleitet haben und mir in jeglicher Hinsicht ermöglichten meine, angestrebten Ziele zu erreichen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Schwester Anne, die mich nicht nur während meiner Studienzeit an ihren Erfahrungen teilhaben ließ und mir im Rahmen dieser Arbeit mit anregenden Diskussionen beratend zur Seite stand.